



**INSTITUTO
ESCOLA**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**POLITÉCNICO DE SETÚBAL
SUPERIOR DE SAÚDE**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Capacitação do autocuidado, higiene na pessoa
com compromisso da mobilidade.**

Cátia Cristina Ferreira Barreto Encarnado

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Matos
Fernandes

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Área de especialização: Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



**INSTITUTO
ESCOLA**



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



POLITÉCNICO DE SETÚBAL

SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação do autocuidado, higiene na pessoa com compromisso da mobilidade.

Cátia Cristina Ferreira Barreto Encarnado

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Matos
Fernandes

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Área de especialização: Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Dedico este trabalho á minha filha que nasceu no meio deste percurso académico.

*“A Felicidade às vezes é uma bênção,
mas geralmente é uma conquista”*

Paulo Coelho

Resumo

O presente trabalho académico tem como foco a avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação, tendo em conta a capacitação do autocuidado – higiene - para doentes com compromisso da mobilidade, visando a minimização da sobrecarga do cuidador informal.

Pretendeu-se avaliar a eficácia dos programas de reabilitação já existentes nos serviços de internamento onde decorreu o estágio final - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - no ano letivo 2017/2018.

Esta avaliação foi conseguida através da construção e aplicação de um instrumento de avaliação (questionário), aplicado aos doentes com compromisso da mobilidade, no momento da alta para domicílio e aos respetivos cuidadores informais.

Conclui-se que com a capacitação do doente, com compromisso da mobilidade, melhorando as suas capacidades funcionais e com os ensinamentos/treinamentos adequados, a este, e ao cuidador informal, é possível uma maior autonomia do doente no autocuidado higiene, tal como nas restantes atividades de vida diárias, minimizando assim a sobrecarga do cuidador informal.

Palavras-chave: *Compromisso da mobilidade; autocuidado higiene; enfermagem de reabilitação*

Abstract

The present paper focuses on the evaluation of rehabilitation nursing interventions, taking into account the training of self-care hygiene for patients with mobility difficulties, aiming the minimization of the informal caregiver's overload.

The objective was to evaluate the effectiveness of existing rehabilitation programs in the health services where the probation period of the Master's Degree in Nursing Rehabilitation, took place in the 2017/2018 school year.

This assessment was achieved through the construction and application of an evaluation instrument, a questionnaire, applied to patients with mobility difficulties, at the time they return to their home and to their informal caregivers.

Concluding, the patient empowerment with mobility commitment, improved the functional capacities and the adequate training of this patient and of the informal caregiver makes possible a greater autonomy of the patient in the self-care hygiene, as in the other daily lives activities, minimizing the informal caregiver's overload.

Keyword: *Mobility commitment; self-care hygiene; Nursing Rehabilitation*

Agradecimentos

A realização deste Mestrado foi para mim uma grande prova de superação pessoal. Foi com muita motivação que iniciei este curso mas o término dele não se deve apenas ao meu empenho e força de vontade. Teve muita influência e motivação da parte de algumas pessoas que merecem um agradecimento especial.

À Professora Doutora Gorete Reis que tão gentilmente nos recebeu neste mestrado e que orientou o meu primeiro ensino clínico.

Ao Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes pela orientação no Estágio Final e acompanhamento, incentivo e ajuda na elaboração deste trabalho académico.

A todos os restantes professores deste curso que deixaram o seu contributo no meu percurso académico mas também pessoal.

A todos os colegas da turma por todos os bons momentos que partilhámos e pelo bocadinho que trago de cada um de vocês, o meu sincero agradecimento. Em especial à colega e amiga Andreia Garcia pela ajuda, companheirismo e motivação que sempre me deu.

A todos os meus amigos que durante estes largos meses não puderam contar com tanta disponibilidade como era hábito terem da minha parte, obrigada pela vossa compreensão, amizade e presença em todos os momentos bons e menos bons do meu percurso. Em especial a seis amigas pela incrível ajuda e força que me permitiu chegar a este momento: Eloísa Guerra, Cátia Correia, Helena Hortinhas, Fátima Amaral, Tânia Tereso e Marília Crespo. Obrigada Amigas!

Aos meus Pais - até me faltam as palavras - um obrigada nunca será suficiente. Todo o reconhecimento que possa ter na vida é mérito do vosso trabalho e educação que me foi dada. O esforço é meu mas sem esquecer as bases que vocês me deram e dão a todo o momento. Bem hajam!

Ao meu marido pelo apoio e motivação de nunca desistir. Pela compreensão da minha ausência em casa e da importância deste curso para mim. Obrigada!

À minha pequena Maria, a minha filha que me acompanhou no estágio final, fica o maior dos agradecimentos. Espero que um dia, quando leres este agradecimento tenhas orgulho na tua Mãe que irá lutar sempre pelo melhor para ti.

A todos e a mim, Obrigada!

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
Listagem de Abreviaturas ou Siglas.....	10
0.INTRODUÇÃO.....	11
1.APRECIACÃO DO CONTEXTO.....	14
2.ANÁLISE DE ENVOLVIMENTO.....	16
2.1 Unidade de convalescença	16
2.2 Serviço de Ortopedia.....	17
3.ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS.....	20
3.1 Problemática e Enquadramento Conceptual	24
4.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
4.1 O Movimento/Compromisso da Mobilidade.....	26
4.2 Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Reabilitação no pós-AVC	27
4.3 Patologias relacionadas com Ortopedia e Reabilitação	30
4.4 Capacitação do autocuidado higiene, doente com compromisso da mobilidade	37
4.5 A Preparação do regresso a casa/Sobrecarga do cuidador informal.....	40
5.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	42
5.1 Objetivos do Projeto de intervenção.....	42
5.2 Objetivos do Relatório enquanto Mestre	42
5.3 Objetivos do Relatório enquanto EEER.....	42
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	43
6.1 Metodologia	44
a) Seleção da população-alvo.....	45
b) Procedimentos metodológicos e instrumento de avaliação.....	45
d) Recolha de dados.....	46
e) Confidencialidade dos registos.....	47
6.2 Resultados da implementação do projeto	47
6.2.1 Resultados da aplicação dos questionários aos doentes.....	48
6.2.2 Resultados da aplicação dos questionários aos cuidadores informais	62

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

6.2.3 Discussão de dados.....	70
7.ANALISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS.....	73
7.1 Competências de Mestre	73
7.2 Competências de Especialista em Enfermagem de Reabilitação	74
8. CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética da UÉ

ANEXO B – Folheto de Cuidados a ter após a colocação da Prótese Total do Joelho

ANEXO C – Folheto de Cuidados a ter após a colocação da Prótese Total da Anca

ANEXO D – Folheto de Exercícios a realizar no domicílio

ANEXO E – Folheto de Informativo – Unidade de Convalescença Piso 4

ANEXO F – Folheto de Regulamento – Unidade de Convalescença para Reabilitação de Doentes com Acidentes Vasculares Cerebrais

ANEXO G – Folheto – Guia do Utente – Unidade de Convalescença Piso 4

ANEXO H – Folheto Informativo – Prótese da Anca

ANEXO I – Instrumento de avaliação “Questionários I e II” e Consentimento Informado

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Avaliação do estado Geral - doentes com AVC.....	49
Figura 2 - Avaliação do estado Geral - doentes de Ortopedia	49
Figura 3 – Melhoria da Força - doentes com AVC	50
Figura 4 - Melhoria da Força - doentes de Ortopedia	50
Figura 5 – Melhoria da Dor - doentes com AVC).....	51
Figura 6 - Melhoria da Dor - doentes de Ortopedia)	51
Figura 7 – Capacidade de deambular - doentes com AVC).....	52
Figura 8 - Capacidade de deambular - doentes de Ortopedia)	52
Figura 9 – Dependência na mobilidade - doentes com AVC	53
Figura 10 - Dependência na mobilidade - doentes de Ortopedia	53
Figura 11 – Autonomia na higiene (tronco) - doentes com AVC	54
Figura 12 - Autonomia na higiene (tronco) doentes de Ortopedia	54
Figura 13 - Autonomia na higiene (Membros Inf) - doentes com AVC).....	55
Figura 14 - Autonomia na higiene (Membros Inf) - doentes de Ortopedia	55
Figura 15 - Autonomia na higiene (extremidades) - doentes com AVC).....	56
Figura 16 - Autonomia na higiene (extremidades) - doentes de Ortopedia).....	56
Figura 17 - Autonomia na higiene oral - doentes com AVC	57
Figura 18 - Autonomia na higiene oral - doentes de Ortopedia	57
Figura 19 - Autonomia em tratar cabelo - doentes com AVC	57
Figura 20 - Autonomia em tratar cabelo - doentes de Ortopedia	57
Figura 21 – Adaptação do domicílio às limitações - doentes com AVC	58
Figura 22 - Adaptação do domicílio às limitações - doentes de Ortopedia	58
Figura 23 – Necessidade de ajuda na Higiene no domicílio - doentes com AVC	59
Figura 24 - Necessidade de ajuda na Higiene no domicílio - doentes de Ortopedia.....	59
Figura 25 – Dificuldades na realização da higiene no domicílio - doentes com AVC	60
Figura 26 - Dificuldades na realização da higiene no domicílio - doentes de rtopedia.....	60
Figura 27 – Sobrecarga do cuidador percecionada pelo doente - doentes com AVC.....	60
Figura 28 – Sobrecarga do cuidador percecionada pelo doente - doentes de Ortopedia	60
Figura 29 – Satisfação da autonomia do doente - doentes com AVC	61
Figura 30 - Satisfação da autonomia do doente - doentes de Ortopedia.....	61
Figura 31 – Participação nas sessões - cuidadores de doentes com AVC	62
Figura 32 - Participação nas sessões - cuidadores de doentes de ortopedia.....	62
Figura 33 - Utilidade dos ensinios - cuidadores de doentes com AVC	63

Figura 34 - Utilidade dos ensinamentos - cuidadores de doentes de Ortopedia	63
Figura 35 – Esclarecimento de dúvidas - cuidadores de doentes com AVC	63
Figura 36 - Esclarecimento de dúvidas - cuidadores de doentes de Ortopedia	63
Figura 37 – Número de sessões - cuidadores de doentes com AVC	64
Figura 38 - Número de sessões - cuidadores de doentes de Ortopedia	64
Figura 39 – Relação entre o cuidador e doente - cuidadores de doentes com AVC	65
Figura 40 - Relação entre o cuidador e doente - cuidadores de doentes de Ortopedia.....	65
Figura 41 – Estratégias ensinadas - cuidadores de doentes com AVC)	65
Figura 42 - Estratégias ensinadas - cuidadores de doentes de Ortopedia.....	65
Figura 43 – Cansaço do cuidador - cuidadores de doentes com AVC	66
Figura 44 - Cansaço do cuidador - cuidadores de doentes de Ortopedia.....	66
Figura 45 – Colaboração na realização da higiene - cuidadores de doentes com AVC	67
Figura 46 - Colaboração na realização da higiene - cuidadores de doentes de Ortopedia	67
Figura 47 – Autonomia do doente - cuidadores de doentes com AVC	68
Figura 48 - Autonomia do doente - cuidadores de doentes de Ortopedia	68
Figura 49 – Trabalho realizado com o doente - cuidadores de doentes com AVC	69
Figura 50 - Trabalho realizado com o doente - cuidadores de doentes de Ortopedia	69
Figura 51 – Sobrecarga Sentida pelo Cuidador - cuidadores de doentes com AVC	69
Figura 52 - Sobrecarga Sentida pelo Cuidador - cuidadores de doentes de Ortopedia.....	69

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de vida diária

CEER – Cuidados Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a prática de enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DHS – Placa de fixação Diafisária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESO – European Stroke Organisation

HESE EPE – Hospital do Espírito Santo, Entidade Publica Empresarial

MCEER – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PII – Plano de Intervenção Individual

SINAS – Serviço Nacional de Avaliação em saúde

UE – Universidade de Évora

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório surge da construção e aplicação do Projeto de Intervenção, inserido no âmbito do Estágio Final - Mestrado em Enfermagem em Associação - da Universidade de Évora (UÉ) e das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, no ramo de Enfermagem de Reabilitação, no ano letivo 2017/2018.

Através da metodologia de trabalho de projeto, propus-me a maximizar as minhas competências enquanto mestre e especialista, procurando obter o futuro que desejo no ramo profissional e conquista pessoal.

Com a realização do projeto de intervenção foi-me possível delinear os objetivos gerais e específicos e as atividades previstas para o sucesso do estágio final.

O objetivo geral deste projeto foi subordinado a questão de investigação *“Verificar a eficácia das estruturas de Reabilitação, relacionados com a Capacitação do autocuidado higiene, na pessoa com compromisso da mobilidade, que como consequência reduz a sobrecarga do cuidador informal.”* Esta verificação foi feita através da construção de Questionários aplicados aos doentes e cuidadores informais, dos serviços de internamento: Unidade de Convalescença e Serviço de Ortopedia, do Hospital do Espírito Santo (HESE), Entidade Pública Empresarial (EPE) de modo a compreender a perceção do doente e do seu cuidador informal.

A população-alvo deste projeto de intervenção é constituída pelos doentes com compromisso da mobilidade (doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), com fraturas, com gonartrose e coxartrose) e pelos seus cuidadores informais.

A perda da capacidade funcional, da pessoa com compromisso da mobilidade associada a uma situação clínica, para a realização das suas Atividades de vida diárias (AVD) influência diretamente a pessoa na participação do seu meio sociofamiliar, acabando por se refletir na sua qualidade de vida e dinâmica pessoal. O défice na realização dos seus autocuidados e a sobrecarga que é transferida para o cuidador informal foram a constituição do meu foco, interesse e motivação para a construção do projeto de intervenção. Foco este, no qual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) pode brilhar com a sua atuação junto do doente e cuidador.

Segundo Hesbeen, 2003 e citado por Ribeiro, 2013, “a reabilitação tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou com deficiência, bem como aos seus próximos, diversas ações que permitam suprimir, atenuar e ultrapassar obstáculos geradores de desvantagem. É, portanto, essencial que o processo de reabilitação envolva os cuidadores informais, uma vez

que estes são também afetados por potenciais situações de desvantagem. Neste sentido, cuidar da pessoa doente implica cuidar também da família, dado que a doença afeta não só o doente mas toda a família.” (Ribeiro, 2013)

O AVC é uma das patologias que provoca maior número de mortes e é a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direção Geral de Saúde, 2006). Esta patologia é uma das que provoca diversas afeções no que respeita a capacidade de mobilidade. Esta incapacidade torna-se uma agravante na realização dos seus autocuidados e foi refletindo sobre esta problemática que me propus analisar, observar e intervir junto do doente com AVC e cuidador informal de forma a compreender se a capacitação do doente, no autocuidado higiene, minimiza ou não a sobrecarga do cuidador informal.

Tal como o AVC também existem outras causas bem diferentes mas que também contribuem para o aumento da dependência da pessoa, nas atividades de vida diárias, tais como as fraturas. Segundo Holzer e Holzer, 2008 e citado por Dias, 2012, “As fraturas constituem um problema a nível mundial com consequências no sistema de cuidados de saúde e no doente individualmente, sendo frequentemente causadas por quedas nos adultos idosos com osteoporose. A maioria dos casos requer internamento hospitalar, intervenção cirúrgica e reabilitação a longo prazo.” (Dias, 2012)

Como exemplo de fratura muito comum na pessoa idosa, propus-me a aprofundar conhecimentos sobre a fratura do colo do fémur, um dos problemas músculo esqueléticos que contribui para o aumento da dependência da pessoa nas atividades de vida diária (AVD's), de forma a avaliar a funcionalidade da pessoa pós fratura Colo Fémur.

Com o avançar do estágio, outras complicações ortopédicas foram surgindo e que mereceram todo o meu interesse, pois tal como no AVC e na fratura do colo do fémur também geram diminuição da capacidade funcional de realizar os seus cuidados de higiene pessoal diariamente, complicações essas como a Coxartrose ou artrose da anca, Gonartrose ou artrose do joelho e fratura transtrocanteriana.

Para fundamentar este projeto de intervenção recorreu-se à teoria do défice de autocuidados de Dorothea Orem, na qual é evidente que “a necessidade de cuidados de enfermagem está associada á subjetividade da maturidade das pessoas em relação as limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde” (Tomey&Alligood, 2002).

Com este vasto leque de diagnósticos clínicos foi possível um estudo bem aprofundado sobre as diferentes patologias, que me permitiu comprar situações clinicas com evoluções das funcionalidades dos pacientes e desempenho da participação do cuidador informal na prestação de cuidados ao seu familiar/amigo com necessidades específicas.

Face ao exposto anteriormente, com a realização deste relatório que me permitiu a reflexão acerca da prática profissional e teoria adquirida na mesma, posso concluir que ao ser realizada uma boa avaliação do doente, da situação clínica, com o planeamento de intervenções especializadas a serem conseguidas com o doente e cuidador informal, de forma a capacitar o doente e o cuidador no autocuidado higiene é possível obter minimização da sobrecarga do cuidador informal no pós-internamento.

Este trabalho académico encontra-se dividido em títulos e subtítulos respeitando o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº 18/2010) assim como o Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre (Ordem de Serviço nº8/2013), Universidade de Évora.

O relatório tem início com uma introdução, seguindo-se uma apreciação do contexto, análise de envolvimento e análise da produção de cuidados. Nestes pontos é feita a caracterização dos locais do estágio final, bem como a identificação das necessidades de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Após esta apresentação surge uma exposição do objetivo geral e específico, fundamentação teórica, metodologia utilizada na aplicação do projeto de intervenção, é também resumidamente são apresentados os resultados obtidos da aplicação dos Questionários e por fim uma análise reflexiva sobre as competências que foram adquiridas. De forma a melhor compreensão do leitor encontram-se em anexo alguns documentos que foram considerados pertinentes e que surgem referenciados no decorrer deste relatório.

Por ultimo é importante referir que a construção deste trabalho académico foi de acordo com o sugerido nas normas da *American Psychology Association* (APA), 6ª edição e na redação do texto foi tido em conta o novo acordo ortográfico e respeitando as recomendações da circular 4/2011 da UE.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Com a apreciação do contexto pretendeu-se caracterizar o ambiente envolvente dos locais de aplicação do projeto de intervenção, inserido no estágio final que decorreu na Unidade de Convalescença e Serviço de Ortopedia do HESE, EPE.

1.1 – Caracterização do contexto institucional da realização do estágio final

O HESE, E.P.E, serve a população do Alentejo há mais de quinhentos anos. Ao longo deste tempo teve várias designações até chegar a Hospital do Espírito Santo, em 1996, e como entidade pública (EPE) em 2007, sendo considerado em 2008 como hospital central.

O Hospital tem vindo, com o passar dos anos, a melhorar a prestação de cuidados de saúde tanto a nível do aumento de quadro de pessoal, como no investimento da formação dos mesmos e das próprias instalações.

A missão do HESE, E.P.E. centra-se na prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. E tem como valores: a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; b) Excelência técnica; c) Cultura da melhor gestão; d) Respeito pelas normas ambientais; e) Promoção da qualidade; f) Ética, integridade e transparência; g) Motivação; h) Trabalho de equipa. (Informação recolhida de <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>)

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) pode-se constatar que o HESE, EPE, é um hospital público com uma área de influência de primeira linha, abrangendo cerca de 150 mil pessoas do distrito de Évora (14 concelhos) e em segunda linha abrange 440 mil pessoas (33 concelhos). Funciona como hospital central da Região do Alentejo tendo à disposição dos utentes o serviço de urgência, internamento, consultas externas, hospital de dia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica. (Informação que se encontra disponível em <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/area-de-influencia/>).

Segundo a publicação de 15 de Janeiro de 2018, na mesma página acima referida, o HESE,EPE cumpre com o maior número de parâmetros de qualidade, no Alentejo, que são exigidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no Serviço Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) mais especificamente nas áreas de: excelência clínica, segurança do doente, instalações e conforto, focalização no doente e satisfação do utente.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

Em relação à segurança, o HESE, EPE foi avaliado no que respeita a procedimentos relacionados com a segurança do doente e incidência de eventos adversos no decorrer da prestação de cuidados de saúde tendo obtido um *rating* +++. A avaliação de adequação e conforto das instalações do HESE, EPE ficou com um *rantig* ++. (<http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/area-de-influencia/>).

A aplicação do projeto de intervenção teve início na Unidade de Convalescença, esta foi a primeira Unidade de internamento a nível nacional para a Convalescença e Reabilitação dos doentes com AVC, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), do HESE, EPE.

Este projeto teve continuidade no Serviço de Ortopedia, do HESE, EPE, dado que foi possível consoante o protocolo já existente em ambos os serviços de internamento o encaixe do meu objetivo geral.

O internamento nestes serviços abrange maioritariamente um tipo de população que apresenta compromissos da mobilidade, causados por inúmeras situações clínicas e que causam alguma dependência na pessoa em questão e sobrecarga no contexto familiar.

Para além do aumento da esperança média de vida vem aliar-se também o contante aumento das doenças crónicas que causam um acréscimo de pessoas dependentes, neste caso e olhando para o contexto familiar, é necessário capacitar o plano informal de cuidados, os cuidadores informais, para que estes possam corresponder e dar continuidade às intervenções que capacitam o seu familiar/amigo. É neste sentido que surge a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação intervindo junto da família, do cuidador informal, assegurando que existe continuidade dos cuidados e promovendo uma melhor qualidade de vida ao doente com compromisso da mobilidade e ao cuidador informal.

2. ANÁLISE DE ENVOLVIMENTO

Nesta análise pretende-se caracterizar a estrutura física e organizacional dos serviços onde foi realizado o estágio final, bem como a caracterização dos recursos humanos e materiais que os mesmos dispõem.

2.1 – Unidade de Convalescença – Hospital do Espírito Santo, E.P.E.

A Unidade de Convalescença é um Serviço do HESE, E.P.E. situada no quarto piso, na ala Sudoeste do Hospital, com uma lotação de dezanove camas. Ao nível da estrutura física dispõe de dois quartos duplos e cinco triplos, sala de convívio e ginásio. Todos os quartos estão bem equipados com camas, mesas-de-cabeceira, roupeiros e cadeiras. O espaço entre as camas é suficiente para a circulação de cadeiras de rodas e o piso é antiderrapante o que ajuda na prevenção de quedas.

As casas de banho dispõem de boas zonas de duche e devidamente adequadas a circulação de cadeiras de rodas, o piso é antiderrapante e os lavatórios são adequados com sistema de elevação. O espelho que fica por cima dos lavatórios é de tamanho adequado e encontra-se fixado logo acima do mesmo, permitindo que os doentes se barbeiem, penteiem, maquilhem entre outras utilidades.

O corredor que atravessa toda a unidade é espaçoso e tem barras laterais de segurança que facilitam os treinos de marcha, tal como uma medida em centímetros no piso.

O ginásio está preparado com uma marquesa para treino de verticalização, e outra que serve de auxílio ao fisioterapeuta e enfermeiro de reabilitação que eleva a cabeceira e zona nos pés, facilitando assim o treino. Esta zona tem também umas barras de apoio a marcha com um espelho grande próprio para o treino de marcha e dispõe de diversos materiais para o treino das atividades de vida diárias, tais como bacias de alumínio e todo o material de higiene, calcadeiras e pinças com cabos longos, bolas de treino de equilíbrio, halteres, almofadas de gel, auxiliares de marcha e tábuas de transferência.

A sala de convívio e refeições é uma ampla e com capacidade para todos os doentes sentados á mesa e cadeirões rodeantes para que após a refeição os mesmos não tenham que se dirigir para os quartos. Nesta sala é onde se fazem todas as refeições e onde as visitas podem estar, entre as 9h00 e as 20h00, acompanhando o seu familiar/amigo em todos os momentos de refeição/laser.

Os equipamentos que compõem a unidade são modernos e as instalações adaptadas às necessidades do utente, computadores e acesso à internet e meios de comunicação de e para

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

o exterior. Tem ainda um Gabinete do Utente que trata das reclamações e sugestões efetuadas pelos seus utentes e familiares, conforme legislação em vigor. (<http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/convalescenca/>)

Os doentes internados nesta Unidade, apresentam, na sua maioria, patologias do foro Neurológico (Status post enfarte cerebral e Status post hematoma) seguindo-se os utentes com patologia Ortopédica/Traumática (Status post prótese total do joelho e anca e Status post cirúrgico de fratura), tratamento de úlceras por pressão e outras patologias.

Ao nível dos Recursos Humanos, o serviço da Unidade de Convalescença é constituído por uma equipa multidisciplinar que compreende os seguintes profissionais: Um Diretor de Serviço (médico de medicina interna); Uma Enfermeira Responsável (Coordenadora da Unidade); Catorze enfermeiros (dois enfermeiros tem a especialidade em enfermagem de reabilitação); Uma Assistente Social; Um Psicólogo; Uma Neuropsicóloga; Uma Fisiatra; Duas Fisioterapeutas (que alternam entre si a permanência na Unidade); Uma Terapeuta Ocupacional; Uma Terapeuta da Fala; Um Assistente Técnico; Nove Assistentes Operacionais.

Estes profissionais trabalham, conjuntamente, todos os dias de forma organizada em prol do bem-estar e da capacitação do doente e do cuidador informal, para que possam compreender as principais dificuldades bem como o potencial de recuperação do seu familiar.

2.2 – Serviço de Ortopedia – Hospital do Espírito Santo, EPE.

O serviço de Ortopedia situa-se no quarto piso do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE e tem lotação de quarenta e sete camas distribuídas por duas alas, uma com as camas par e outras com as camas impar, sendo que, quatro são individuais de modo a receber utentes com patologia infetocontagiosa e/ou imunodeprimidos. A ala das camas par (ala direita) só recebem doente do foro ortopédico, e as impar (ala esquerda) para além de doentes do foro ortopédico recebe ainda, doentes de otorrino, oftalmologia, nefrologia, medicina.

As alas são separadas por um hall onde se encontra um gabinete médico e o gabinete de atendimento da secretária de piso, articulando-se com os amplos corredores internos do serviço que permite um fácil acesso aos quartos, casas de banho e restantes gabinetes de fácil acesso favorecendo a mobilidade dos doentes internados.

A unidade do doente contem rampa de oxigénio e vácuo, camas elétricas com trapézio, campainha e armário. O trapézio é um importante auxílio do doente com alterações da função motora uma vez que lhe permite mobilizar-se na cama e adquirir uma maior independência, ajudando também na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Considera-se apenas que a área útil do quarto é pouca tendo em conta o numero de camas, cadeirões e

mesas que reduzem significativamente o espaço para a passagem de cadeiras de rodas, para a realização de treino funcional, aumentando consequentemente o risco de queda e dificuldade para a realização dos autocuidados.

As casas de banho dos utentes, onde o risco de quedas é mais frequente, apesar das carências por ser um edifício antigo, são equipadas com dispositivos de segurança, como barras na zona da sanita e poliban, e existem cadeiras de banho. Existem, também cadeiras de rodas com extensores dos membros inferiores, elevadores de sanita. Estes materiais são de uma grande importância para a prática de enfermagem de reabilitação uma vez que promovem a segurança do doente e ajudam na prevenção da luxação de próteses da anca. Nestas instalações sanitárias é de referir que o espaço para passar com cadeiras de rodas é insuficiente, o que dificulta o acesso as mesmas pelos doentes.

A zona de duche também não reúne as melhores condições de circulação uma vez que o piso apresenta uma elevação que é antiderrapante mas que por vezes não é suficiente para garantir a segurança total do doente com compromisso da mobilidade, uma vez que o escoamento da água não é feito nas melhores condições e o pavimento que rodeia esta zona não é antiderrapante.

Nesta zona existem lavatórios com espelho mas a disposição deste na parede não é muito útil pois encontra-se muito acima do lavatório o que não permite que um doente sentado consiga barbear-se, maquilhar-se, pentear-se entre outras funções que possam ser dadas ao uso do espelho.

Para o treino de marcha, o serviço de ortopedia dispõe de andarilhos e canadianas, e dispõe ainda de um ginásio de pequenas dimensões mas que permite trabalhar com o utente, onde podemos encontrar, barras, artromotores e cama. Estes auxiliares contribuem para melhorar a qualidade de vida, quer nas tarefas da vida diária, quer até na adaptação da pessoa à sua nova condição, e são de extrema importância para o enfermeiro especialista em reabilitação para o treino de AVD's e promoção de autonomia do doente.

Em relação aos recursos materiais que são utilizados no processo de reabilitação, estes podem-se encontrar no ginásio, dentro do serviço, onde se podem encontrar espelho, barras de apoio, bolas de treino de equilíbrio, halteres, maca de apoio e máquina de crioterapia. Para além destes o serviço ainda dispõe de elevador hidráulico, dispositivos médicos de mobilização passiva continua, triângulos de abdução, almofadas de gel, colchões anti escara, talas de estabilização do local de fratura, sacos de areia, auxiliares de marcha tais como canadianas e andarilhos fixos e rodados, material para tração cutânea e esquelética, talas de Brown, bolas para reeducação motora, tábuas de transferência, espirómetros de incentivo, pedaleira, calcadeiras e pinças de cabo longo.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

A equipa de enfermagem é constituída por trinta e sete enfermeiros destes, um enfermeiro chefe, que detém a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, seis enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e trinta enfermeiros generalistas. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para além de prestarem cuidados de enfermagem de reabilitação também assumem a responsabilidade do serviço na ausência do chefe e dão apoio à gestão.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

UNIDADE DE CONVALESCEÇA, HESE, E.P.E

A unidade de convalescença que acolheu este projeto faz parte da RNCCI. Esta foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o SNS e o Sistema de Segurança Social. ((UMCCI), 1.ª Edição: Agosto de 2011)

A Unidade de Convalescença tem um período de internamento que não deve ser superior a trinta dias. Tem como finalidade a estabilização clínica, funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com AVC mas também insere nestes cuidados um elemento fundamental para que se atinja a excelência dos cuidados: o cuidador informal. Este é um elemento fundamental que deve ter um papel ativo no processo de reabilitação. Toda a recuperação no internamento e a preparação da alta clínica são feitos tendo em conta a colaboração do cuidador informal que participa nas sessões terapêuticas com os diferentes profissionais de forma a melhor colaborar e entender as limitações e progressões da pessoa que cuida.

Os programas de Reabilitação nesta Unidade de internamento passam pela envolvimento do trabalho de uma equipa multidisciplinar. Estes programas tem início com a avaliação do médico, da Fisiatria, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e enfermeiro de Reabilitação.

É gerado por esta equipa um Plano de intervenção individual (PII) que resulta dos diversos objetivos que cada elemento da equipa multidisciplinar tem para cada doente, sendo este atualizado sempre que necessário, apresentado ao cuidador informal e doente, em reunião de equipa. No momento da alta é novamente discutido, em reunião, de forma a avaliar a obtenção dos objetivos propostos inicialmente.

Nesta unidade não existe a possibilidade, por falta de recursos humanos, de estar todos os dias um enfermeiro especialista em reabilitação a realizar apenas intervenções especializadas. Pelo que, os dois enfermeiros especialistas prestam cuidados gerais e sempre que possível, dedicam um tempo do seu turno a estes cuidados mais especializados. Os principais focos de atuação são: o levantar e transferência da cama/cadeira; treino de marcha; fortalecimento de membros; ensinamentos de estratégias adaptativas na realização dos seus autocuidados com o doente e cuidador informal. Todo este programa procura sempre o envolvimento da família/cuidador de forma a preparar o regresso a casa da forma mais autónoma possível.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

Nesta unidade eram facultados e explicados aos doentes alguns folhetos informativos que permitiam a este e ao seu cuidador ter uma melhor visão sobre a promoção do envolvimento dos cuidadores, bem como a dinamização da formação dos cuidadores de forma a prevenir o Agravamento da situação clínica do doente bem como Reabilitar e cuidar oferecendo uma melhor qualidade de vida ao doente. Nestes folhetos contam também com informação útil de regulamento interno, normas de funcionamento da unidade, o papel do cuidador, horários de visitas e informação telefónica, equipa de profissionais da unidade, bem como a gestão de alta do doente. Para além destas ainda eram disponibilizados folhetos com cuidados a ter na prótese da anca e do joelho. Folhetos que ficam em anexo a este relatório.

Estrutura de Intervenção de Reabilitação na Unidade de Convalescença

Avaliação Geral do Doente:

- Colheita de Dados
- Escala de Braden e Escala de Glasgow

Avaliação do Doente com compromisso da mobilidade:

- Instrumentos de avaliação funcional utilizados: Escala Rankin modificada, de forma a avaliar as suas capacidades funcionais pós-AVC, o índice de Barthel, Lawton, Katz e MIF que se reportam a atividades de vida diária e avaliam um conjunto de parâmetros essenciais para a independência, permitindo avaliar a progressão na reabilitação.
- Instrumentos utilizados para avaliação da força muscular/Tónus: escala de Lower e a Escala de Ashworth modificada que permitem avaliar o grau de força muscular e o tónus muscular de cada segmento corporal.
- Avaliação do equilíbrio, coordenação e agilidade: Escala de Berg e/ou índice de Tinetti. Era também utilizada a escala de Queda de Morse para obtenção do score que indicava o risco de queda.

Reabilitação Respiratória

- Consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios (seletivos e globais);
- Exercícios de reeducação funcional respiratória
- Ensino da respiração abdomino-diafragmática;
- Ensino da tosse;
- Em caso de patologia respiratória, ensino e esclarecimento de dúvidas direcionado à mesma.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

Reabilitação Motora – Doente Ortopédico/Doente Neurológico

- Exercícios isométricos, contrações isométricas dos abdominais, glúteos e quadricípites.
- Exercícios isotónicos, (adução/abdução, supinação/pronação, flexão/extensão, rotação, dorsiflexão/flexão plantar)
- Ensinos: Posicionamentos corretos (leito/cadeira de rodas);
- Transferência cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/sanitário;
- Treino de marcha;
- Treino de escadas;

Apenas para o AVC

- Posicionamento em padrão anti-espástico;
- Estimulação sensorial;
- Mobilizações passivas/ativas no leito/cadeira de rodas;
- Treino de marcha em padrão anti-espástico;

Exercícios terapêuticos

- Facilitação Cruzada;
- Indução de Restrições;

SERVIÇO DE ORTOPEDIA, HESE, E.P.E

O Serviço de Ortopedia é uma unidade de internamento que desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados da especialidade de ortopedia, diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico – científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. Este serviço pretende dar resposta às necessidades da população que serve, na especialidade de ortopedia, oferece a generalidade dos serviços na área da traumatologia e ortopedia, com exceção das patologias de cirurgia da coluna e ortopedia infantil. O tempo de internamento depende da situação clínica do doente.

Os enfermeiros especialistas em reabilitação avaliam a necessidade dos doentes e estabelecem o plano de intervenção para o mesmo. Todos os doentes com necessidade de reabilitação são assistidos pelos mesmos, consoante as necessidades e a fase de reabilitação em que se encontram. A prioridade passa pelos doentes com pós-operatório com 24h, realizando exercícios no leito e colocando os artromotores nos doentes submetidos a Prótese

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

total do joelho. Posteriormente, passam para os doentes que iniciam o primeiro levante e fazem treino de marcha. Por fim, prestam cuidados aos utentes que já se encontram internados há mais tempo uma vez que já dispõem de mais conhecimento e treino para prosseguirem o seu processo de reabilitação.

Após a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação são realizados os registos. Existem registos próprios de Enfermagem de Reabilitação que são de natureza descritiva, descrevendo os cuidados de enfermagem de reabilitação realizados, como por exemplo, fortalecimento muscular, ensinos, treinos de marcha, supinação, equilíbrio, primeiro levante.

Neste serviço é entregue a cada doente um folheto informativo (no caso de prótese total do joelho ou prótese total da anca) com os cuidados a ter após a cirurgia, incluindo neles os exercícios que pode e não pode realizar bem como alguns concelhos uteis sobre a adaptação das estruturas em casa. Folhetos que ficam em anexo a este relatório.

Estrutura de intervenção de Reabilitação no serviço de Ortopedia

EEER: avaliam as necessidades dos doentes e estabelecem o plano de intervenção para o mesmo.

Todos os doentes são assistidos, consoante as necessidades e a fase de reabilitação em que se encontram.

Prioridade: pós-operatório com 24h, exercícios no leito e uso de artromotores nos doentes submetidos a PTJ. (segundo protocolo em vigor)

Posteriormente: Exercícios de fortalecimento muscular; alívio da dor; estratégias adaptativas e treino de marcha com doentes que iniciam o primeiro levante e por fim, os doentes que já se encontram internados há mais tempo, uma vez que já dispõem de mais conhecimento e treino para prosseguirem o seu processo de reabilitação.

Ao chegar aos serviços e integrar nas equipas, foi possível verificar que a capacitação dos autocuidados e os ensinos, ao doente e cuidador informal, eram duas grandes apostas dos EEER. Consoante os protocolos existentes e praticados, diariamente, consegui ir de encontro à minha questão de partida para a realização do projeto de estágio. Centrando-me assim na verificação da eficácia dos protocolos de Reabilitação, relacionados com a Capacitação do autocuidado higiene, na pessoa com compromisso da mobilidade que, como consequência, reduz a sobrecarga do cuidador informal.

Não senti necessidade de melhorar os programas de reabilitação que já existiam e que eram praticados diariamente, apenas senti a necessidade de verificar a perceção da sua eficácia aos olhos do doente e do seu cuidador informal. Ambos os serviços possibilitaram o acolhimento do meu projeto de intervenção e a criação de um Questionário, aplicado aos doentes e

cuidadores informais, no momento da alta, que permitisse avaliar/verificar as intervenções destes planos de reabilitação.

3.1 Problemática e enquadramento conceptual

A motivação para esta problemática, parte do meu grande interesse pessoal e profissional, que está relacionado com os doentes com compromisso na mobilidade e com o autocuidado higiene. Tendo em conta o grande impacto que é causado na nossa sociedade por este tipo de situações clínicas, umas temporárias outras bastante prolongadas, relacionado com os efeitos negativos da incapacidade gerada pela doença, e sendo uma área de intervenção onde o enfermeiro de reabilitação deverá ser protagonista, decidi investir e tornar esta questão o foco do meu trabalho de intervenção.

Segundo Mok, Chan, Chan & Yeung, 2002; Kalra et al., 2004; Duncan et al., 2005 e citado por Cardoso, 2011, tornou-se assim importante compreender os mecanismos que concorrem para melhorar a eficácia das intervenções dos enfermeiros de reabilitação com vista ao alívio da sobrecarga do cuidador, no sentido da otimização do seu papel. A qualidade de vida do familiar cuidador dependerá não só do suporte fornecido, mas também da deteção precoce dos fatores que conduzem a uma situação de sobrecarga. O apoio proporcionado aos familiares cuidadores pode envolver diferentes componentes, designadamente assistência, educação, informação e esclarecimento de todos os benefícios. (Cardoso, 2011)

Cuidar é, segundo Leitão e Almeida (2000), “um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que se lhe constitui obstáculo, e assegurar a continuidade da vida.” (Leitão e Almeida, 2000)

O ato de cuidar segundo Collière, 1999, “é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais.” (Collière, 1999)

Cuidar de alguém, exige idênticos níveis de qualificação e de qualidades humanas seja qual for a área de atividade portanto ter uma formação especializada, tal como a que é pedida ao EEER é imprescindível para este processo de cuidar.

A conceptualização do Autocuidado foi iniciada por Orem em 1965 e validada em 1967 através do trabalho realizado pelo Nursing Development Conference Group. Orem (2001) desenvolveu a teoria de Enfermagem do défice de autocuidado que engloba três teorias inter-relacionadas: 1) Teoria do Autocuidado; 2) A Teoria do Défice do autocuidado e 3) A Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Aliados a esta teoria surgem conceitos centrais, inter-relacionados

destacando-se o Autocuidado, Agente de autocuidado, Agente dependente de autocuidado, déficit de autocuidado, sistemas de enfermagem, ação do autocuidado u ação deliberada, comportamentos de autocuidado, fatores condicionantes básicos, necessidade terapêutica de autocuidado e requisitos de autocuidado. (Sousa e Marques-vieira, 2016)

Orem (2001) definiu Autocuidado como “Uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como, por exemplo a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção e integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com o foco na prevenção, alívio, cura, ou controlo de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. (Orem, 2001, p.45).

Enquadrando a questão de investigação deste projeto na Teoria do déficit de autocuidado de Orem, esta exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Identifica cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer pela pessoa; 2) guiar e orientar; 3) proporcionar apoio físico e psicológico; 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e 5) ensinar. Quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa surge um déficit de autocuidado, que estabelece a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de autocuidado. Permite assim a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel das pessoas no autocuidado. Avaliado este déficit o enfermeiro adequa a sua intervenção. Podendo atuar em cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem: 1) Relacionamento enfermeiro-doente; 2) Determinar o tipo de ajuda necessária; 3) Responder às solicitações, desejos e necessidades, 4) Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes e 5) Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente. (Sousa e Marques-vieira, 2016)

Capacitar o doente no contexto de internamento para uma maximização da sua independência na realização dos seus autocuidados envolve todo um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são os saberes contruídos e alicerçados em valores individuais, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa. A nível pessoal esta capacitação traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se eliminar, entre outras. Por conseguinte, o processo que visa a independência e a funcionalidade pode diferir quanto aos objetivos, ao

tempo e ao contexto, tendo a sociedade um papel um papel importante quanto à eficácia da otimização e pelos programas específicos, formação, que oferece aos cuidadores, seja ainda pelo encorajamento que dá aos cidadãos, bem como pelos equipamentos de que dispõem. A capacidade funcional da pessoa expressa-se no seu grau de aptidão para viver de forma autónoma e independente, nas circunstâncias da sua vida particular. (Sousa e Marques-vieira, 2016)

4. – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. – O Movimento/Compromisso da mobilidade

Segundo Virgínia Henderson, 1966 e citado por Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade, 2013 - posicionamentos, transferências e treino de deambulação: “a função do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários.” (Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade, 2013)

Tendo em conta a perspetiva apresentada neste Guia Orientador, Virgínia Henderson acrescentou que a necessidade de «movimentar-se e manter a postura correta», defendendo que o enfermeiro deve ajudar o indivíduo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.

Olhando para o movimento de forma holística, podemos considerar que este tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais e que todos estes interferem de forma positiva ou negativa a realização de movimento no meio que envolve a pessoa. O movimento pode ser definido como a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável. (Hoeman, 2011)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define movimento corporal como um “processo no sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações” (ICN, 2011).

O movimento pode então considerar-se uma peça fundamental para a mobilidade funcional, esta altera-se consoante a situação física ou clínica da pessoa resultante de determinadas patologias, lesões ou cirurgias. A mobilidade funcional quando afetada é logo revestida de caráter negativo e repercussões reconhecidas. (Hoeman, 2011)

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

A mobilidade funcional pode ser afetada por Doenças neurológicas; Déficit neuro sensorial; Doenças Crônicas; Doenças respiratórias; Alterações do foro psicológico; Doenças Cardíacas; Envelhecimento; Dor; Problemas orto-traumatológicos; Desnutrição. (Hoeman, 2011)

O compromisso da mobilidade que é causado pelos vários fatores acima referidos causando na pessoa um déficit na realização das suas atividades de vida diárias. Sendo fundamental a atuação do enfermeiro de reabilitação. Deve elaborar-se um plano de cuidados que inclua intervenções ao nível da mobilidade promovendo a independência máxima da pessoa lesada. (Hoeman, 2011)

4.2 – AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Reabilitação pós AVC

Segundo a Direção Geral de Saúde, 2001 e citado por Menoita, 2012 “o AVC é uma das patologias que mais mortes provoca e que mais incapacidade causa nas pessoas idosas.” (Menoita, 2012)

O AVC é caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica (Martins, 2002; Martins, 2006).

Para a European Stroke Organisation (ESO) (Organização Europeia do AVC), este pode ser classificado em dois tipos principais: o isquémico e o hemorrágico. O isquémico é o mais frequente, ocorre em aproximadamente 87% dos casos, sendo o resultado de uma obstrução dentro de um vaso sanguíneo que fornece sangue ao cérebro. A condição básica para este tipo de obstrução é o desenvolvimento de depósitos de gordura que revestem as paredes dos vasos (ESO, 2011) e (ESO, 2017).

Segundo Ferro, J. 2006 e Salgueiro 2008 e citado por Monteiro, 2015 “fatores de risco são uma característica que está presente nalguns indivíduos de uma população, uma característica do seu ecossistema ou um modo particular de interagir com esse ecossistema e que aumenta a probabilidade desse indivíduo vir a ser afetado por uma determinada doença.” (Monteiro, 2015)

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e citado Martins 2006 “os principais fatores de risco para AVC são: Pressão arterial (é o principal fator de risco para AVC); Doença cardíaca (qualquer doença cardíaca, em especial as que produzem arritmias, podem determinar um AVC); Colesterol (em especial o aumento da fração LDL ou a redução da fração HDL); Hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos; Diabetes Mellitus; Idade (quanto mais idosa é a pessoa, maior a probabilidade de ocorrer o AVC); Etnia (é mais frequente nos negros); História de doença vascular anterior (pessoas que já tiveram AVC têm

maior probabilidade de ter um AVC); Obesidade (aumenta o risco de diabetes, de hipertensão arterial e de aterosclerose; assim, indiretamente aumenta o risco de AVC); Anticoncepcionais hormonais (os anticoncepcionais com baixo teor hormonal, em mulheres que não fumam e não tenham outros fatores de risco, não aumentam a probabilidade de aparecimento de AVC); Sedentarismo.” (Martins 2006)

A classificação da tipologia do AVC não é igual e tendo em conta as classificações que mais são mais comuns, estas tem por base o critério etiológico pelo que, segundo Nobre, M. 2004 e citado por Cunha, 2014 o AVC divide-se em duas classes: isquémico e hemorrágico, posteriormente tendo em conta a sua etiologia dividem-se em subclasses. (Quadro 1)

Tendo em conta o tipo de AVC, as sequelas por ele provocadas podem conduzir o doente a uma grande incapacidade psicomotora levando a que seja pertinente uma intervenção rápida e eficaz de profissionais de saúde.

Segundo Fontes, 2000; PIMM, 1997; Ramires, 1997 e citado por Martins, 2006. “A reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC. O programa de reabilitação deve iniciar-se 48 a 72 horas após o AVC, atuando simultaneamente na prevenção das complicações respiratórias com cinesiterapia respiratória, aspiração de secreções, mobilização dos membros, nomeadamente plégicos, no treino do equilíbrio do tronco, da alimentação e estimulação cognitiva. (...) O programa de reabilitação funcional estende-se por norma um a dois meses e o seu progresso varia de pessoa para pessoa. (...) Durante o internamento os profissionais de saúde devem iniciar o ensino ao familiar que irá cuidar do doente no pós-alta. O plano de ensino deve integrar aspetos básicos como cuidados de higiene, atitude de prevenção de úlceras de pressão, posturas corretas do doente no leito, ensino de técnicas de transferência do doente da cama para a cadeira, da cadeira para a sanita, da cadeira para o banho, etc.” (Martins, 2006)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os objetivos do tratamento da pessoa com AVC passam por “evitar o desenvolvimento de padrões anormais de movimento, resultantes de tónus muscular anormal; ensinar o paciente a não compensar, de maneiras desnecessárias e potencialmente perigosas, com o seu lado não-afetado.” (OMS, 2003.)

Segundo Menoita, 2012 e citado por Diogo, 2000. “O Enfermeiro de Reabilitação tem um papel determinante no acompanhamento da pessoa com AVC e da sua família, bem como na adaptação do meio/pessoa, no apoio ao ajuste psicológico, na procura e adoção de mecanismo de *coping*, para só depois se investir no empowerment.” (Diogo, 2000).

Desta forma, é importante que se envolva não só a pessoa no seu processo de reabilitação como também se deve envolver a família, ou mais especificamente, o cuidador informal.

O enfermeiro, ao promover o papel ativo da família, desenvolve uma parceria caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo o processo de capacitação, ou seja, de empowerment. (Menoita, 2012)

A reabilitação deve pois ser iniciada o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas (Hesbeen, 2003).

A reabilitação da pessoa com AVC não depende apenas das várias sessões de terapia que o doente cumpre mas também do que acontece durante as restantes horas do seu dia. Quem melhor do que os profissionais de enfermagem de reabilitação, para durante 24 horas de cuidados, proporcionar ao doente uma capacitação que lhe permita a sua máxima autonomia e recuperação com sucesso? É esta envolvimento de cuidados que julgo ser pertinente estudar, para que se possa retirar deste estudo os benefícios que, os doentes e os cuidadores informais possam vir a ter com a promoção do autocuidado e que reduzem a subcarga dos cuidados no domicílio. Para tal é necessário um estudo mais aprofundado sobre o autocuidado que proponho analisar, Higiene pessoal.

Relativamente à AVD higiene e logo que possível, a pessoa deve deslocar-se à casa de banho para realizar os cuidados de higiene. No domicílio é aconselhável que a família seja esclarecida sobre as adaptações necessárias a adotar, ajustadas às limitações da atividade da pessoa. (Menoita, 2012)

Os instrumentos de avaliação das AVD (atividade de vida) e AIVD (atividades de vida diária) mais utilizados na avaliação da pessoa com AVC são o índice de Barthel, Medida de Independência Funcional e Índice de Lawton. (MENOITA, 2012)

O Índice de Barthel é um instrumento que permite a avaliação do nível de dependência da pessoa na realização de dez atividades básicas de vida, sendo estas o comer; higiene; uso de sanitário; tomar banho; vestir e despir, controlo de esfínteres; marcha; transferência; subir e descer escadas. Na versão original a pontuação vai de zero a cem em que o valor mínimo corresponde a máxima dependência e o valor máximo corresponde a independência. (Menoita, 2012)

A Medida de Independência Funcional (MIF) instrumento que possibilita a avaliação de dezoito atividades de vida diárias motoras e cognitivas sendo estas: os autocuidados; transferências; locomoção; controlo de esfínteres; comunicação; cognição que inclui memórias; interação social e resolução de problemas. A pontuação atribuída pela MIF esta entre em e sete, sendo que um é dependência total e sete é independência completa, podendo a pessoa obter uma pontuação total entre dezoito e cento e vinte e seis. (Menoita, 2012)

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

O Índice de Lawton é constituído por oito atividades instrumentais: cuidar da casa; lavar a roupa; preparar a comida; ir as compras; utilizar o telefone; utilizar o transporte; gerir o dinheiro e medicação. Cada um destes itens varia entre três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência. Cada atividade é pontuada entre um a três; um a quatro ou um a cinco, podendo obter um score total de trinta (severamente dependente), e um mínimo de oito (independente), contém a meio, entre nove e 20 pontos (moderadamente independente). (Menoita, 2012)

A pessoa com AVC pode apresentar diversas manifestações clínicas, as mais frequentes e que merecem mais atenção da parte do enfermeiro de reabilitação são alterações da mobilidade (alterações da força muscular; alteração do tónus muscular; perda do mecanismo de controle postural; alteração da função sensorial). As intervenções do enfermeiro de reabilitação focam-se nas estratégias/atividades terapêuticas (facilitação cruzada; indução de restrições; posicionamento em padrão anti-espástico; estimulação sensorial; programa de mobilizações; atividades terapêuticas). (Menoita, 2012)

4.3 – Patologias relacionadas com ortopedia e reabilitação

Tal como o AVC existem muitas mais patologias que provocam compromisso da mobilidade, tal como as patologias relacionadas com Ortopedia: fratura do colo do fémur; fratura transtrocantérica; gonartrose e Coxartrose.

FRATURA DO COLO DO FÉMUR

A fratura do colo do fémur geralmente é intracapsular. Por isso, possui os mesmos problemas de que as fraturas similares de outras partes do corpo: a consolidação depende da união endosteal. Apesar dos fragmentos serem cuidadosamente impactados, o líquido sinovial contribui desfavoravelmente para a formação do calo ósseo. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 519)

Esta tipologia de fratura é mais comuns nos idosos sendo a média de idades mais atingida entre os 70 e os 75 anos. As classificações normais deste tipo de fratura, na localização, no angulo e nos descolamentos da fratura. Quanto à localização, as fraturas podem ser classificadas em subcapital, mediocervical e basocervical. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 521)

Em relação a classificação quanto ao ângulo da fratura, esta classificação, descrita por Pauwels mede o ângulo da fratura com o plano horizontal. À medida que o ângulo da fratura

aumenta do tipo 1 ao tipo 3, a obliquidade do traço da fratura aumenta. Assim, a força de cisalhamento no foco de fratura também se torna maior. (Schwartsmann; Lech; Teloken, 2003 p. 522)

A classificação quanto ao deslocamento da fratura, permite classificar a fratura como sem deslocamento (Garden I e II) ou com deslocamento (Garden III e IV). Esta classificação é muito importante, pois o prognóstico desses dois tipos é completamente diferente. Consoante o tipo de fratura assim se procede ao tratamento da mesma. O tratamento das fraturas sem deslocamento (Garden I e Garden II) tem o seu tratamento especial. As fraturas impactadas em valgo podem ser tratadas conservadoramente, isto é, sem cirurgia. O contrário ocorre com fraturas impactadas em varo, pois, nesse caso, a ação da musculatura promove desimpacação. Portanto, nas fraturas impactadas em varo, é absolutamente necessária a fixação interna. O mesmo ocorre nas fraturas Garden tipo II (completa sem desvio). Ela pode ser feita com múltiplos pinos (Steinmann, Knowles, Hagie), com parafusos canulados ou com parafuso deslizante (DHS). No tratamento das fraturas com deslocamento (Garden III e Garden IV) a discussão do tratamento dessas fraturas é polemizada entre tentar salvar a cabeça femoral, obtendo a consolidação com osteossíntese, ou trocar de imediato a cabeça femoral por uma prótese de substituição. O objetivo maior do ortopedista, sempre que possível, é obter consolidação por meio de redução anatómica e estável fixação interna estabilização imediata, associada com a redução anatómica promoverá mais rapidamente o retorno da circulação fisiológica da cabeça femoral. A complicação mais temida (necrose avascular da cabeça) poderá ser diminuída ou evitada. O método de fixação interna pode variar entre múltiplos pinos, parafusos canulados paralelos ou parafusos deslizantes. Consoante a fratura, assim se processa o tratamento. Quando o tratamento passa pelo uso da endoprotese são analisados critérios como a idade, perspectiva de vida, historial clínico do doente e condições ósseas locais. (Schwartsmann; Lech; Teloken, 2003 p. 523)

As artroplastias podem ser parciais e totais. As artroplastias parciais (Bipolar, Thompson, Moore) somente trocam a cabeça femoral e estão indicadas para pacientes acima de 80 anos e com uma expectativa de vida limitada. Nas artroplastias totais, é necessário substituir o acetábulo. Estas tem uma durabilidade maior – 15 a 20 anos – e estão indicadas geralmente para pacientes ativos, hígidos e com faixa intermediária fisiológica de 70 a 80 anos. (Schwartsmann; Lech; Teloken, 2003 p. 527)

FRATURA TRANSTROCANTÉRICA

Este tipo de fratura surge na zona extracapsular do terço proximal do fémur, inclui o trocânter maior e o trocânter menor e a transição entre o colo femoral e a diáfise femoral, caracterizam-se por um traço do trocânter maior ao trocânter menor. São fraturas que acontecem maioritariamente por quedas sobre a face lateral da coxa com impacto sobre o trocânter maior. Os vários tipos dessas fraturas ocorrem em resposta á intensidade e á energia do trauma. Elas podem-se caracterizar por um simples traço sem desvio ou podem ser mais complexas, apresentando múltiplos fragmentos. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 530)

As fraturas multifragmentares apresentam difícil tratamento e são também responsáveis pelo maior número de complicações. O diagnóstico clinico de uma fratura femoral proximal é simples. O membro inferior apresentam-se encurtado, muito dolorido á tentativa de mobilidade e com uma deformidade em rotação externa de até 90%. A amplitude dessa deformidade sinaliza para a diferenciação clínica entre as fraturas transtrocantericas e as fraturas do colo do fémur. Para uma melhor indicação de tratamento, é necessário classificar as fraturas em relação ao traço e ao número de fragmentos. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 530)

As fraturas fraturas transtrocantericas, por definição, apresentam um traço que vai do trocânter maior ao trocânter menor. Essas fraturas podem apresentar traço simples, com ou sem desvio, com dois fragmentos definidos: um proximal (cabeça, colo, e região trocantérica) e outro distal (parte inferior da região trocantérica e diáfise femoral). As fraturas com traços mais complexos apresentam, além dos dois fragmentos descritos, o arrancamento do trocânter maior ou do trocânter menor (fraturas com três fragmentos). Há ainda as mais complexas, nas quais ambos os trocânteres estão fraturados e desviados. São classificadas como estáveis ou instáveis. Define-se como estável a fratura que apos reduzida e fixada adequadamente com implantes metálicos, pode resistir a carga fisiológica aplicada ao quadril sem apresentar desvio secundário. A fratura instável é aquela com tendência a apresentar desvios secundários apos a fixação interna. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 534)

Neste tipo de fraturas o tipo de tratamento é quase sempre cirúrgico, devendo a cirurgia ser feita o mais brevemente possível apos a fratura, sendo os métodos de fixação mais utilizados o parafuso deslizante acoplado á placa de fixação diafisária (DHS). Este tipo de fraturas e as fraturas do colo do fémur são muito comuns nos idosos representam assim um grande problema de saúde pública. A maior incidência na velhice é explicada pela osteoporose, pela perda da acuidade visual e pela diminuição dos reflexos e do tônus muscular, que implicam maior número de quedas e menor possibilidade de reação de defesa e proteção do corpo. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 534)

O objetivo da reabilitação no doente que fez uma fratura centra-se em restaurar a sua função a um nível igual ou similar ao que tinha antes da lesão ter ocorrido. Pode ser dividida em três fases: **Fase I:** o objetivo principal é favorecer a consolidação, melhorando o retorno venoso, evitando posicionamentos indesejáveis e favorecendo a movimentação das articulações adjacentes ao foco fraturário. **Fase II:** início da mobilização da articulação envolvida na fratura por meio de exercícios passivos, progredindo para ativos assistidos e livres. **Fase III:** introdução de exercícios resistidos para ganho de resistência e força muscular, progredindo para retorno do controlo neuromotor e da função. A reabilitação tem que ser conjugada com o tipo de fratura, os meios que foram utilizados para a sua estabilização ou fixação interna ou externa e a fase de consolidação em que se encontra. Com um bom planeamento de reabilitação dispomos de recursos que possibilitam a mobilidade, diminuição da inflamação, diminuição de tromboembolismos, analgesia e ganho de resistência e força muscular. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 102)

O tipo de exercícios mais utilizados que visam o fortalecimento muscular são:

Exercícios Isométricos, é um exercício estático que não envolve movimento articular. O comprimento da fibra muscular permanece constante, e, assim a contração muscular ocorre sem movimento articular. **Exercícios Isotónico**, exercício dinâmico em que a fibra muscular encurta e alonga, causando movimento articular. Pode ser feito de forma concêntrica, quando a força é gerada na fase de encurtamento muscular; ou excêntrica, quando a força é gerada na fase de alongamento do músculo. Dessa forma, o exercício em contração isotónica concêntrica ocorre quando as fibras musculares se encurtam, o músculo se contrai e as inserções deste último se movimentam em aproximação. Já o exercício em contração excêntrica ocorre quando as fibras musculares se alongam e as inserções dos músculos se afastam. A contração excêntrica funciona para frear o movimento articular em desaceleração controlada, gerando maior força muscular que a contração concêntrica. **Exercícios Isocinético**, exercício realizado em dinamómetros isocinéticos que proporcionam movimento em velocidade constante. Para que seja mantida uma velocidade constante de movimento, a resistência varia em resposta a força muscular aplicada. Está indicado nos estágios mais avançados de reabilitação de uma fratura.

Para além dos exercícios, quando ocorre uma fratura que envolve o membro inferior e que afeta a deambulação deverá este ser também um dos grandes objetivos da reabilitação: a reeducação do padrão de marcha normal igual ou similar ao anterior a lesão. Para tal, tendo em conta o tipo de fratura, a técnica de estabilização ou fixação e fase de consolidação deve-se dar início ao treino de marcha com os dispositivos de auxílio da mesma. Os tipos de auxiliares

de marcha mais comuns são: muleta (axilar e canadiana), bengala, pirâmide (tripé e quadripé) e andarilho. (Schwartzmann; Lech; Teloken, 2003 p. 103)

Segundo a OE - Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade (2013), “a preparação para a deambulação deve ser efetuada através da manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante precoce, seguindo todas as indicações descritas anteriormente. Atividades como virar na cama e outras relacionadas com o desempenho das atividades da vida diária (AVDs) têm um efeito benéfico na manutenção de funções que irão posteriormente facilitar a deambulação.”

E,

“Dependendo do tipo de uso que vai ter o auxiliar de marcha se a sua finalidade é reduzir a carga na parte inferior do corpo também devera ser avaliadas a mobilidade e força muscular da parte superior e, caso seja necessário, efetuar fortalecimento muscular da parte superior do corpo (tronco e membros superiores) para permitir o uso eficaz e seguro dos auxiliares de marcha.” (OE, 2013)

Consoante a carga que se pode realizar existem diversos tipos de deambulação. Marcha a 4 pontos – utilizada quando ambos os membros inferiores necessitam de fazer carga parcial. O movimento executa-se em quatro tempos e existem sempre três pontos de apoio. Marcha a 3 pontos – quando um dos membros inferiores pode fazer carga parcial ou não faça carga. Existem sempre três pontos de apoio quando o membro afetado faz carga parcial ou progride apoiado no chão sem exercer carga. Marcha a 2 pontos – utiliza-se para reforço parcial de cada um dos membros. Executa-se com 2 pontos de apoio. Marcha com Balanço ou oscilante – quando um dos membros inferiores não pode tocar no chão ou não podem fazer carga quando apoiados ao mesmo tempo. Aqui existem sempre 2 pontos de apoio. (OE, 2013)

Qualquer um dos auxiliares de marcha que se escolha reduz a carga sobre estruturas traumatizadas ou inflamadas, melhorar o equilíbrio e reduz a dor. A seleção deste auxiliar de marcha obedece a critérios clínicos e ao tipo de colaboração que se obtém do doente, este deve ser bem instruído, treinado e supervisionado durante os treinos de marcha de forma a garantir a sua segurança e prevenir acidentes. (OE, 2013)

ARTROSE DA ANCA

Segundo Matos & Araújo, 2009 e citado por Gomes, 2013. “A osteoartrose, como doença articular, tem uma progressão lenta e degenerativa, que se caracteriza pela destruição ou alteração da cartilagem articular com repercussões ósseas. O principal sintoma é a dor, que evolui progressivamente, e não obstante o seu quadro variar de pessoa para pessoa, através da perda de mobilidade, que não raras vezes se caracteriza por marcha claudicante, esta

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

interfere na capacidade funcional para a realização das atividades quotidianas como cuidados de higiene, cuidado pessoal, marcha, padrão do sono, tarefas domésticas, desempenho sexual, profissional e social.” (Gomes, 2013)

A Coxartrose pode ser definida como osteotrose ou por articulação da anca comprometida que quando através do método conservador não se obtém melhorias é seguido para cirurgia, na qual se fara a substituição da articulação da anca (artroplastia total da anca). (Kisner & Colby, 2009)

Segundo Hall & Brody,2001 e citado por Gomes, 2013. “A implantação da cabeça femoral e componente acetabular para substituir a articulação da anca, tem uma duração de aproximadamente 15 anos, o seu principal objetivo é o alívio da dor, que segundo alguns estudos é atingido em mais de 95% das pessoas, para assim restabelecer a função e melhorar a qualidade de vida.” (Gomes, 2013)

ARTROSE DO JOELHO

A articulação do joelho é a maior do corpo e classifica-se como articulação sinovial bicondilar complexa. A artrose resulta da senescência e consequente destruição progressiva dos tecidos que compõem a articulação, em particular a cartilagem, conduzindo à instalação progressiva de dor, deformação e limitação dos movimentos. A cartilagem articular perde a sua elasticidade, integridade e consistência, e consequentemente também, parte ou totalidade da sua capacidade funcional. A artrose do joelho é denominada por gonartrose.

A gonartrose é um processo destrutivo, e encontra-se relacionada com diversos fatores. De entre os mais importantes, destacam-se a idade, género, morfótipo e biótipo. (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia 2007)

Segundo um artigo publicado sobre a *Influência da idade e da obesidade no diagnóstico sugestivo de artrose de joelho referem que* a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou dados de que iria existir um acréscimo de quinze vezes mais, do número de pessoas com sessenta anos ou mais, com esta patologia. Em estudos que realizaram verificaram que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crónica decorrente na maioria dos casos de dificuldade de locomoção e problemas de articulações, ossos e músculos e que 10% dos idosos tem no mínimo cinco doenças crónicas. Os sintomas primordiais são dor, ruído e inchaço da articulação, rigidez articular, deformidades e diminuição da capacidade de movimentação articular. O tratamento da artrose passa ainda maioritariamente por ser cirúrgico, quando já é uma situação crónica pois no caso de situação inicial opta-se por controlo sintomático. (Franco; Simão; Pires; Guimarães, 2009)

Em qualquer uma das situações clínicas ortopédicas, referidas anteriormente, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro de reabilitação, intervindo logo no momento antes da cirurgia de forma a realizar os melhores ensinamentos pré-operatórios e na pós-cirurgia com o planeamento individualizado de cuidados, de realização de exercícios e ensinamentos que promovam a independência destes doentes na realização das atividades de vida diárias.

Nos cuidados pré-operatórios deve ser feita a colheita de dados, através de entrevista ao doente/família, da semiologia clínica e exames complementares de diagnóstico. Através de exame subjetivo irá incluir-se a história clínica, antecedentes pessoais e familiares, estilos de vida, capacidades de executar as atividades de vida diária no domicílio e comunidade, estado socioeconómico, habitacional e profissional. Nesta fase colhem-se dados importantes relacionados com utilização de dispositivos de apoio, equipamentos adaptados, perceção em relação às capacidades que o doente tem, objetivos de vida, etc. (Hoeman, 2011) Para além deste exame subjetivo é necessário que o EEER faça um exame objetivo e avalie as funções músculo-esqueléticas e neurológicas relacionadas com o movimento, marcha, o assumir a posição ortostática, de se sentar, de utilização de dispositivos de ajuda. (Hoeman, 2011)

Ao nível das articulações do joelho e anca deve-se observar o alinhamento, o tônus, temperatura, crepitações, derrame, edema, equimoses, deformidades e alterações dinâmicas. Em relação à marcha deve-se observar o comprometimento do passo, velocidade, cadência ou desvio linear angular, movimentos anormais. Deve-se fazer a avaliação da mobilidade articular (mobilidade dos segmentos e amplitude articular). (Fialho, Silva, Albano & Corotti, 2015)

Deve-se ainda avaliar sensibilidade, força muscular, tônus muscular e reflexos. (Hoeman, 2011).

Na fase do pré-operatório é importante o fornecimento de informação que abranja os exercícios e estratégias de alívio da dor. No serviço de internamento de Ortopedia estes ensinamentos eram feitos e eram fornecidos aos doentes folhetos que ficam neste trabalho em anexo. Na fase pós-operatória é importante avaliar: nível de consciência, sinais vitais, dor, sistemas de drenagem, hematomas, deiscências das suturas, integridade cutânea, perturbações gastrointestinais e urinárias, controlo de sinais neurológicos e reforço dos ensinamentos feitos na fase pré-operatória. (Phipps, Sands & Marek, 2003; Hoeman, 2011)

Após esta avaliação mais geral há a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação padronizados e iniciados no pós-operatório imediato. (Silva & Croci, 2015).

Os objetivos da enfermagem de reabilitação são a prevenção de complicações associadas à diminuição do movimento, aumento da força muscular e da mobilidade, manutenção e aumento da capacidade nas atividades que exigem desempenho motor, prevenções de lesões

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ou traumatismos, aquisição de conhecimentos sobre os dispositivos compensatórios e adaptação á mobilidade modificada. (Hoeman, 2011; Calado, 2017)

No momento da alta o doente deve demonstrar conhecimentos sobre as precauções a ter com a mobilização do membro afetado, posicionamentos, deve estar independente nas transferências e no programa de exercícios de fortalecimento muscular, marcha, uso de dispositivos de apoio e realização dos seus autocuidados.

4.4 – Capacitação do autocuidado higiene no doente com compromisso da mobilidade

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o Autocuidado é definido como uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. (OE, 2010; International Council of Nurses (ICN), 2011)

Segundo o Parecer Nº 12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, “o termo atividades de vida diária (AVD) refere-se no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos. – Cuidado pessoal ou atividades básicas de vida diárias (ABVD). – Atividades domésticas e comunitárias ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).” (MCEER 12/2011)

As AVD's, uma vez que fazem parte da vida da pessoa, têm que ser realizadas para satisfação das necessidades e vida quotidiana da pessoa, são de carácter funcional e visam autonomia da pessoa. (Hoeman, 2011).

O termo AVD refere-se, no contexto da enfermagem de reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. A independência ou a máxima funcionalidade possível para cada uma das AVD pode ser alcançada através do treino das capacidades remanescentes e/ou através de estratégias adaptativas (OE, 2011).

No nosso quotidiano, todos realizamos um vasto leque de atividades que satisfazem as nossas necessidades biológicas, psicológicas, socioculturais, sem que nos apercebamos da importância da realização das mesmas de forma autónoma sem restrições de mobilidade.

Começamos a dar o verdadeiro valor ao movimento quando por algum motivo temporário ou prolongado o temos limitado, com restrição por patologia associada ou limitações próprias do desgaste do organismo.

A capacitação para a máxima independências da pessoa nos seus autocuidados, torna-se fulcral e é maioritariamente um dos primordiais objetivos da pessoa com compromisso da mobilidade que poderá advir de inúmeras causas, tais como AVC; outra patologia neurológica; patologia relacionado com ortopedia (gonartrose; coxartrose; fraturas), entre inúmeras patologias que possam comprometer a mobilidade.

Quando é diagnosticado Défice de autocuidado na realização das AVD's o EEER deve, sempre, de acordo com os hábitos culturais da pessoa, encorajá-la para a realização dos mesmos e utilizar estratégias que permitam resolver problemas para maximizar a independência da pessoa. A família deves também participar ativamente neste processo tal como ponderar a utilização de algumas ajudas técnicas. (Hoeman, 2011)

Segundo Dorothea de Orem, e citado por Queirós 2014 (revista de enfermagem referencia IV nº 3) o autocuidado "(...)pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal." (Queirós, 2014)

Segundo Tomey & Alligood, 2002 e citado por Queirós 2014 (revista de enfermagem referencia IV nº 3) "a ideia central da Teoria do défice do autocuidado é que a necessidade de cuidados de enfermagem esta associada a a subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde." (Queirós, 2014) Torna-se assim fundamental a intervenção de enfermagem quando as dificuldades são maiores que a capacidade que a pessoa tem para as realizar.

A higiene pessoal adquire na uma extrema importância no dia-a-dia de todas as pessoas. É a primeira impressão, a aparência, o cuidado geral da pele, cabelo, barba, bigode, unhas, dentes e o que veste, são estes aspetos que deixam a primeira marca da pessoa ao olhar atento dos outros, do que nos rodeia.

Uma pessoa que, por situação clínica, de compromisso da mobilidade, fique dependente de terceiros para a realização dos seus cuidados de higiene pessoal, necessita de ser capacitado para que rapidamente volte autonomamente a desempenha-lo com mínima ajuda ou de forma independente, podendo assim aliviar no contexto familiar o seu cuidador informal.

É neste contexto que surge a necessidade de uma intervenção especializada, que atue em contexto de internamento, e que prepare o regresso a casa, papel que cabe ao EEER através da criação de um plano que inclua esta capacitação do doente e cuidador informal.

A intervenção na higiene e mobilidade torna-se necessária para promover a participação social. Ao conseguir uma independência parcial ou total melhora o seu bem-estar e a sua imagem corporal, sendo determinante na hora de se deslocar à rua, junto da comunidade que o rodeia.

A incapacidade funcional que o doente apresenta deve ser avaliada pelo enfermeiro de reabilitação de modo a que com os scores obtidos se construa um bom plano intervenção especializado, para tal são utilizados instrumentos validados como a escala de Lower e a Escala de Ashword modificada que permitem avaliar o grau de força muscular e o tónus muscular de cada segmento corporal, tal como avaliar a capacidade de equilíbrio através da escala de equilíbrio de Tinetti e/ou escala de berg, de forma a premir o risco de queda que também pode ser avaliado através da escala de risco de queda de morse.

O treino que for personalizado para um determinado doente estará sempre relacionado com as capacidades que essa pessoa apresenta, sendo reajustado à medida da sua evolução no processo de reabilitação. O Índice de Barthel, o índice de Lawton, o índice de Katz e a MIF (Medida de Independência Funcional) são escalas que se reportam a atividades de vida diária e medem um conjunto de parâmetros essenciais para a independência, permitindo avaliar a progressão na reabilitação.

Realizando uma avaliação da funcionalidade permite ao EEER criar, implementar e avaliar intervenções especializadas para promover as capacidades adaptativas que por sua vez irão permitir que o doente obtenha o controlo sobre os seus autocuidados. (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro).

Assim, importa que seja feita uma discussão com o doente/família para que a conceção dos planos de intervenção seja feita de acordo com as expectativas do doente e da família elaborando com os mesmos estratégias a implementar e metas a atingir. (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro).

O enfermeiro especialista em reabilitação tem o papel de gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, que em articulação com a equipa multiprofissional irão garantir a segurança e qualidade (Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro).

Reabilitar torna-se assim um processo único e pessoal que só tem término quando considerar que a pessoa se tornou o mais autónoma possível tendo em conta o meio que a rodeia. Os cuidados de reabilitação objetivam a manutenção das capacidades funcionais, assegurar a segurança, evitar complicações e modificar o meio no sentido de conseguir a máxima autonomia e independência.

4.5- A preparação do regresso ao domicílio/sobrecarga do cuidador informal

O cuidador tem a missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeição. Podendo mesmo considerar-se o cuidador a um artista. Podemos considera-lo como um artista de cuidados que face, a cada situação humana, tentará criar os cuidados adequados. (Hesbeen, 2001)

A preparação do regresso ao domicílio após um período curto ou longo de internamento hospitalar deve ser bem programado e avaliadas todas as condições para os cuidados que o cuidador informal terá que prestar ao seu familiar/amigo. Segundo Duncan et al. (2005) e Hoeman (2011), são alcançados melhores resultados clínicos quando os doentes recebem uma avaliação e intervenção multidisciplinar coordenada.

Para Hesbeen, 2003, p. 69 a reabilitação desenvolve-se “na complementaridade de atores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano e animados pela preocupação com a ação do cuidar de uma pessoa deficiente incapacitada, bem como dos seus próximos”. (Hesbeen, 2003)

Portanto, a tomada de decisão do regresso a casa deve ser bem avaliada e preparada pela equipa que esteve envolvida no internamento e recuperação do doente. Esta preparação deve ser feita desde a entrada do doente no serviço de internamento (admissão).

Torna-se assim importante para o doente e cuidador informal que o EEER aprofunde conhecimentos e planeie intervenções que capacitam o doente para os seus autocuidados diários, minimizando a sobrecarga do cuidador no regresso ao domicílio.

A sobrecarga do cuidador informal fez emergir diversos estudos sobre as intervenções que dão resposta às necessidades dos cuidadores.

Segundo Fernandes, 2009 e citado por Bidarra (2013). “O conceito de sobrecarga emergiu na Grã-Bretanha nos anos 60 devido aos efeitos que se observavam nas famílias cuidadoras de doentes do foro psiquiátrico. Nos anos 70 foi diagnosticado um fator influenciador da qualidade de vida dos cuidadores de doentes demenciados a viverem na comunidade, situação que conduziu ao desenvolvimento de diversos instrumentos de avaliação e introduziu o termo de sobrecarga do cuidador.” (Bidarra, 2013)

Segundo Ricarte, (2009) e citado por Ribeiro, (2013). “O impacto que o cuidar gera no cuidador é descrito frequentemente como “carga”, designado em inglês por *burden*. Etimologicamente, carga significa “o que é transportado por pessoa” “o que pesa sobre outra coisa”, “responsabilidade” ou “encargo”.” (Ribeiro, 2013)

A sobrecarga do cuidador é, tal como descreve Braithwaite, 1992, citada por Martins, 2006, uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à percepção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador.

Pode-se, portanto, concluir que a sobrecarga é um produto que resulta da avaliação dos cuidadores informais sobre o papel e as tarefas que realizam e também da percepção que tem acerca da evolução da doença do seu familiar/amigo ao qual prestam cuidados e dos vários fatores que interferem com os domínios da pessoa. Este “produto” pode ser minimizado pela capacitação do doente na realização dos seus autocuidados, ainda no internamento através das intervenções especializadas do enfermeiro especialista em reabilitação junto do doente e cuidador informal.

Existem escalas para avaliação da sobrecarga do cuidador informal tais como a escala de *CASI (Satisfação do cuidador no desempenho de suas funções)*; *CAMI (Estratégias de coping do cuidador)*; *CADI (Avaliação das dificuldades do cuidador)*.

5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

5.1 Objetivos do projeto de intervenção

O Projeto de Intervenção foi aplicado em contexto de ensino clínico, de acordo com Martin (1991) e citado por Silva e Silva (s.d), é um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, que complementa a formação teórico-prática. Permite a consciencialização dos diferentes papéis que o enfermeiro pode desenvolver e das competências para o seu desempenho. Prepara-os para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos utentes, adquirir habilidade pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional. (Silva & Silva, s.d).

Para boa aplicação deste projeto de aprendizagem e formação profissional e pessoal foram definidos objetivos. Como objetivo geral: Verificar a eficácia das estruturas de Reabilitação relacionados com a Capacitação do autocuidado higiene, na pessoa com compromisso da mobilidade, que como consequência reduz a sobrecarga do cuidador informal. Como objetivos específicos: 1) Construir um instrumento que avaliasse as intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação, para a promoção do autocuidado Higiene (avaliação da dor, do tónus, da força, capacidade de deambulação do doente; Dependência na mobilidade; autonomia na higiene e redução da sobrecarga do cuidador); 2) Envolver a equipa na aplicação do instrumento de avaliação; 3) Preparar a equipa para a aplicação do instrumento de avaliação; 4) Promover a envolvimento do doente e cuidador informal a participar no preenchimento do instrumento de avaliação.

5.2 Objetivos do relatório enquanto Mestre

1. Fundamentar escolhas com base na teorização e evidência científica;
2. Evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas (integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta);
3. Descrever e avaliar o desenho de implementação do projeto de intervenção;
4. Apresentar um relatório para prova pública;

5.3 Objetivos do relatório enquanto EEER

1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
2. Diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação de forma a capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;
4. Produzir dados que demonstrem resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

6. PROJETO DE INTREVENÇÃO PROFISSIONAL

Para a realização deste projeto, considero pertinente recorrer ao Regulamento Profissional para a Prática de Enfermagem, através do artigo 4º, capítulo II do Decreto-Lei nº 161/ 96 de 4 de Setembro (1996), que estabelece o seguinte: “A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e ao grupo social em que ele está inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (p. 2960)

Com a realização deste projeto foi-me possível definir estratégias centrando o meu método de trabalho, na pessoa e não na doença. Em vez de “cuidar de”, os Enfermeiros devem procurar dotar o doente e a sua família de capacidades, de conhecimentos e perícias que lhes permitam, a longo prazo, cuidar deles próprios.

Tendo por base o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, o enfermeiro identifica problemas e, através dos diagnósticos de enfermagem, põe em curso um conjunto de intervenções autónomas ou interdependentes designadas por cuidados de enfermagem, que têm por objetivo proporcionar alívio do sofrimento, conforto, bem-estar, recuperação da autonomia e mudanças de comportamentos (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1996).

Para a elaboração do meu projecto procurei sempre a excelência do exercício, assumindo o dever de, segundo o Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009, p. 6548): “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos”.

Escolhi este foco para Enfermagem de reabilitação e para o desenvolvimento de competências de mestre, que embora no dia-a-dia seja avaliado por várias escalas senti a

necessidade de avaliar a percepção do doente e do cuidador informal sobre a capacitação do doente em contexto de internamento, através do questionário que foi devidamente elaborado obedecendo a regras e normas preconizadas.

O EEER, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, 2011, tem como objeto “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação. Assim é possível assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades. O enfermeiro de reabilitação deve programar e realizar com o doente intervenções terapêuticas que o capacitem, que o tornem o mais autónomo na realização das suas atividades de vida diária.” (OE, 2011)

Tive sempre por base um documento elaborado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrão Documental de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Neste instrumento é possível consultar meticulosamente um padrão referencial de documentação para os Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) ao doente e ao cuidador informal, que os EEER necessitam de documentar no processo de tomada de decisão.

“Os cuidados de enfermagem de reabilitação são uma área especializada que compreendem um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem por foco de atuação a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades.” (OE, 2011 b:6)

O enfermeiro de reabilitação utiliza técnicas específicas e realiza ensinamentos adequados a cada doente certificando-se que no momento da alta a continuidade dos cuidados esta assegurada e que será feita com sucesso a reintegração deste doente no seu contexto familiar e comunidade.

6.1 – Metodologia

Os projetos de intervenção pela utilização de programas padronizados e instrumentos fidedignos, para avaliação de resultados, também permitem inferir na validade da estratégia de intervenções realizadas pelo enfermeiro especialista.

Sendo o cuidador informal uma mais-valia em todo o processo de recuperação e quem irá dar continuidade aos cuidados à pessoa com compromisso da mobilidade no domicílio, torna-se importante avaliar os benefícios da promoção do autocuidado, destes doentes, que reduzem a subcarga no cuidador informal, no regresso a casa. Esta avaliação foi realizada através da aplicação de questionários aos doentes da Unidade de Convalescença e no serviço de Ortopedia, no dia da alta clínica, e aos cuidadores informais.

A) Seleção da população

A população alvo refere-se aos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e para os quais se pretende a generalização dos resultados (Fortin, 2009).

A população-alvo deste projeto é constituída pelos doentes com compromisso da mobilidade da unidade de Convalescença e do serviço de Ortopedia e pelos que assumiram ser Cuidadores Informais destes mesmos doentes do HESE, E.P.E.

A amostra, por seu lado, refere-se ao subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos incluídos numa mesma população, ou seja, é uma réplica em miniatura da população-alvo (Fortin, 2009).

A amostra que constitui este projeto é não probabilística. Neste tipo de amostragem não há probabilidade igual de qualquer elemento da população ser escolhido para constituir amostra (Fortin, 2009).

A amostra 1 foi constituída pelo grupo de doentes com compromisso da mobilidade, internados na Unidade de Convalescença e no serviço de Ortopedia do HESE, E.P.E.

A amostra 2 foi constituída pelos cuidadores informais de doentes com compromisso da mobilidade, internados na Unidade de Convalescença e no serviço de Ortopedia do HESE, E.P.E.

Como critérios de inclusão definiu-se: Todos os sujeitos Conscientes e Orientados no tempo e no espaço e que queiram participar no estudo, sendo que, no grupo dos cuidadores informais, estes devem saber ler e escrever.

B) Procedimentos Metodológicos e instrumento de avaliação

O instrumento de recolha de dados foi a criação de um instrumento, questionário, que permitisse verificar a eficácia das estruturas de Reabilitação relacionados com a Capacitação do autocuidado higiene, na pessoa com compromisso da mobilidade através da perceção do doente e do cuidador informal.

A criação de uma ferramenta é complexa e consiste nas seguintes etapas: Definir o tema a ser avaliado; formular as questões; avaliar as questões de forma a perceber se há validade de conteúdo; desenvolver instruções para as pessoas que respondem e usuários; pré-testar e aplicar teste piloto; estimar a confiabilidade e validade. (Haber e LoBiondo-Wood, 2001)

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que precisa das respostas escritas por parte dos sujeitos, ajudando a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de maneira que as informações procuradas possam ser colhidas de forma rigorosa (Fortin, 2009).

Este foi construído mediante a observação atenta, recolha de dados, das principais abrangências dos programas de reabilitação já existentes nos serviços que acolheram o projeto de intervenção. Após esta verificação e juntamente com o professor orientador do projeto, os enfermeiros perceptoros dos campos de estágio, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e enfermeiros chefe foi possível a construção de dois questionários diferentes mas ambos com o mesmo fundamento (validar a capacitação do doente através dos programas de reabilitação, no autocuidado higiene visando a sua autonomia e redução da sobrecarga do cuidador informal).

Assim construiu-se o Questionário I que se destinava ao grupo de doentes com compromisso da mobilidade, internados na Unidade de Convalescença e no serviço de Ortopedia do HESE, E.P.E., é constituído por 3 partes: a primeira caracteriza o Estado de saúde do doente e é constituída por 4 perguntas (duas fechadas e duas abertas), a segunda parte procede a uma caracterização da recuperação do doente no internamento e é constituída por 6 perguntas fechadas, a terceira parte refere-se a uma avaliação das idas a casa, aos fins-de-semana ou momento da alta, de forma a compreender o seu processo de evolução e é composta por 5 perguntas fechadas.

O Questionário II que se destinava ao grupo de cuidadores informais dos doentes com compromisso da mobilidade, internados na Unidade de Convalescença e no serviço de Ortopedia do HESE, E.P.E., é constituído por 3 partes: a primeira parte prende-se com a caracterização socioeconómica e é composto por 5 perguntas fechadas, a segunda parte irá caracterizar a participação nas sessões terapêuticas e é constituída por 6 perguntas fechadas, a terceira parte que compreenderá a redução da subcarga aquando das idas a casa, aos fins-de-semana, do seu familiar que será composto por 5 perguntas fechadas.

C) Recolha de dados

Este projeto pretendeu respeitar todos os princípios éticos dos participantes, tal como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal, os quais não foram descorados ao longo da investigação.

Foi necessário a preparação das equipas da Unidade de Convalescença e do Serviço de Ortopedia para a recolha de dados. Após as devidas autorizações de aplicação, foi solicitado e devidamente explicado aos enfermeiros a sua colaboração na aplicação destes questionários no momento da alta dos doentes que devidamente teriam sido selecionados para esta participação (doentes com compromisso da mobilidade) e aos seus cuidadores informais. A maioria dos questionários foram aplicados por mim, contudo na minha ausência, em turnos

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

que surgiram altas, os enfermeiros fizeram essa recolha de dados e foi-me posteriormente entregue.

A recolha de dados foi realizada entre o dia 1 de Outubro de 2017 e o dia 30 de Janeiro de 2018. Após consentimento das devidas instituições, a aplicação do questionário foi efetuado aos doentes que estiverem internados durante este espaço de tempo. De igual forma se procedeu com os cuidadores informais dos doentes com compromisso da mobilidade. O questionário foi aplicado no término do processo de internamento, juntamente com a preparação da alta para o domicílio pelos enfermeiros que conduziam o processo da alta clínica, sendo sempre solicitada a participação no estudo, tanto aos pacientes internados como aos cuidadores informais.

D) Confidencialidade dos registos

Na realização de um estudo de investigação é indispensável que o investigador tenha em atenção os princípios éticos e deontológicos, a fim de evitar danos aos direitos e liberdade dos indivíduos que nele participam (Fortin, 2009). Assim, neste projeto, foi garantida aos sujeitos a participação voluntária, consentimento informado, anonimato e confidencialidade. Os dados obtidos não serão utilizados para outros fins ou analisados por outros, além do investigador.

6.2- Resultados da implementação do projeto

Conseguiu-se criar o instrumento de avaliação - Questionário - que partiu do trabalho de projeto inserido no estágio final do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, incluindo uma primeira amostra de 28 doentes (10 doentes com o diagnóstico de AVC e 18 doentes de Ortopedia) e uma segunda amostra de 28 cuidadores informais.

Foi possível a envolvimento das equipas da Unidade de Convalescença e do serviço de Ortopedia na aplicação dos questionários aos doentes e aos cuidadores informais. Foram aplicados dois questionários, o *Questionário I* à primeira amostra e o *Questionário II* à segunda amostra.

Este projeto permitiu compreender que é possível minimizar a sobrecarga do cuidador informal, no domicílio, através da Capacitação do doente com compromisso da mobilidade, tanto ao nível da realização da sua higiene pessoal como das restantes atividades de vida diárias.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

6.2.1 – Resultados da avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação aos doentes com compromisso da mobilidade

O questionário que foi aplicado aos doentes com compromisso da mobilidade intitulado de “Questionário I” na primeira parte recolhe dados que permitem a caracterização do estado de saúde do doente desde a sua entrada no internamento ate ao momento da sua alta para o domicílio.

Esta amostra encontra-se dividida em:

Amostra 1 – Doentes com AVC (10 doentes)

Amostra 1 – Doentes de Ortopedia (18 doentes)

Através do primeiro grupo de questões é possível uma **Avaliação Geral do estado do doente. Avaliação do estado Geral** - (Questão1): Desde a entrada neste serviço sente-se melhor?

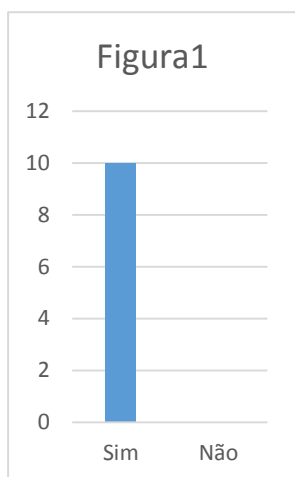


Figura1 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 1, parte I)

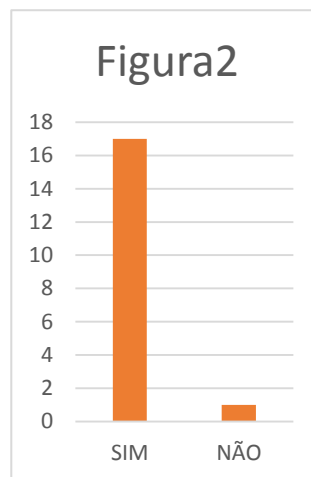


Figura2 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 1, parte I)

Globalmente pode-se afirmar que em ambos os grupos (doentes com AVC e doentes de Ortopedia) houve uma melhoria do estado geral de saúde, uma vez que com a questão 1 (**Avaliação do estado Geral**) podemos verificar que apenas 1 doente do grupo de Ortopedia responde que não obteve melhoria do seu estado geral.

Em ambos os serviços, desde a entrada dos doentes até á sua alta é avaliado regularmente o Estado Geral do Doente: Resposta à doença; Diminuição da força muscular; Perda de Peso; Estado Psíquico. Posteriormente classificados com Bom Estado Geral; Regular Estado Geral ou mau Estado Geral.

Melhoria da Força - (Questão2): Sente mais força nos braços e/ou pernas agora do que quando entrou para o internamento?

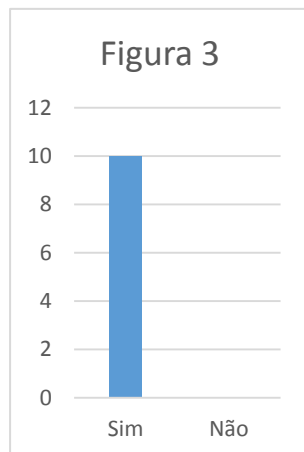


Figura 3 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 2, parte I)

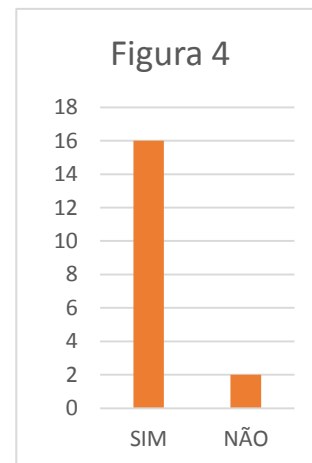


Figura 4 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 2, parte I)

Com a questão 2 (**Melhoria da Força**) - é possível verificar que desde a entrada no serviço até ao momento da alta todos os doentes aumentaram a força muscular, exceto 2 doentes da amostra 1 (doentes de Ortopedia).

A **força** era avaliada em ambos os serviços através da Escala Força Muscular de Lower. Era utilizada a escala de Asworth modificada para avaliar o grau de tónus muscular.

Após esta avaliação era desenvolvidos planos de treino com exercícios adaptados a cada patologia que permitissem melhorar os níveis de força/tónus dos doentes.

Melhoria da dor - (Questão3): Tem dor? Se sim, em que parte do corpo sente dor.

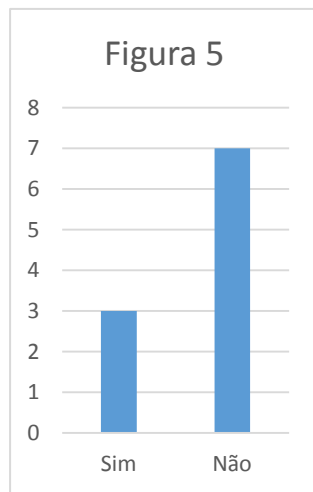


Figura 5 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 3, parte I)

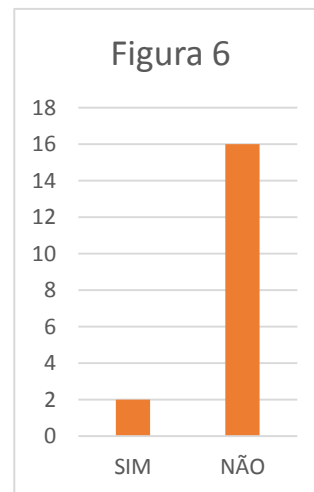


Figura 6 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 3, parte I)

Na questão 3 (**Melhoria da dor**) pode-se constatar que apesar das melhorias ainda há pacientes que saem do internamento com dor, mais notório no grupo dos doentes com AVC (3doentes responderam que saem com dor) estando menos evidente nos doentes de Ortopedia (1 doente responde que sai com dor).

A dor era avaliada em ambos os serviços com a escala de faces ou com a escala numérica dependendo do nível de percepção do doente. Eram ensinadas estratégias não farmacológicas para o alívio de dor.

Melhoria da capacidade de deambulação - (Questão4): Deambula com auxílio de marcha (canadianas; andarilho; cadeira de rodas)? Se sim, diga qual.

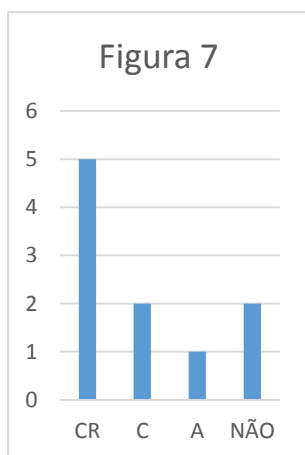


Figura 7 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 4, parte I)

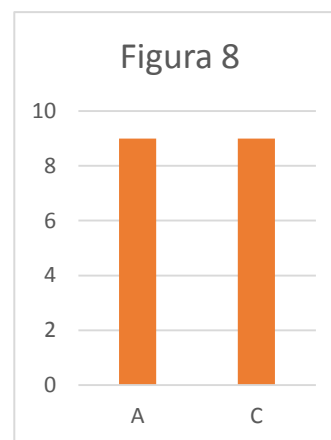


Figura 8 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 4, parte I)

LEGENDA DOS FIGURAS 7 E 8

CR- Cadeira de Rodas

C – Canadianas

A – Andarilho

Não – Não Utiliza auxiliar de Marcha

Questão 4 (**Melhoria da capacidade de deambulação**) é possível verificar que desde a entrada no serviço até ao momento da alta que quase todos os doentes, à saída do internamento, deambulam com auxiliar de marcha.

Na amostra 1 doentes com AVC – 5 doentes utilizam Cadeira de Rodas; 2 doentes utilizam Canadianas; 1 doente utiliza Andarilho e 2 doentes saíram do internamento sem utilizar auxílio de marcha.

Na amostra 1 doentes de Ortopedia – 9 doentes utilizam Andarilho e 9 utilizam canadianas.

Com estes resultados verifica-se que a maior autonomia na deambulação foi adquirida pelo grupo de doentes de Ortopedia que utiliza maioritariamente Andarilho e Canadianas, não ficando dependente da ajuda de terceiros para a realização desta AVD (movimentar-se).

Os instrumentos de avaliação funcional utilizados na avaliação da capacidade funcional foram a escala Rankin modificada, de forma a avaliar as suas capacidades funcionais pós-AVC, o índice de barthel, índice de Lawton e katz.

Para avaliação do equilíbrio, coordenação e agilidade era utilizada a escala de Berg e/ou índice de Tinetti. Era também utilizada a escala de Queda de Morse para obtenção do score que indicava o risco de queda.

Após as devidas avaliações eram diariamente realizados treinos de marcha com os doentes respeitando as suas limitações e utilizando os auxiliares de marcha mais adequados.

Com a segunda parte do “Questionário I” procurou-se saber, no momento da alta, se os doentes conseguiam realizar sozinhos, ou se necessitavam de ajuda na realização da sua higiene pessoal. É de ressaltar que em relação à dependência na AVD higiene, na entrada no internamento, todos os pacientes era dependentes de ajuda parcial ou total consoante as diversas situações clínicas.

Dependência na mobilidade (Questão1): Consegue ir sozinho até a casa de banho?

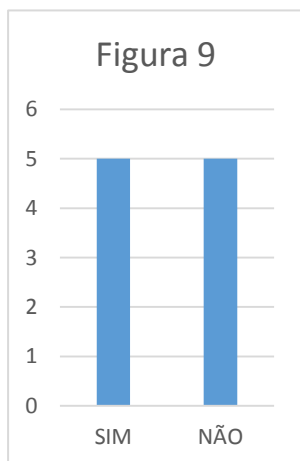


Figura 9 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 1, parte II)

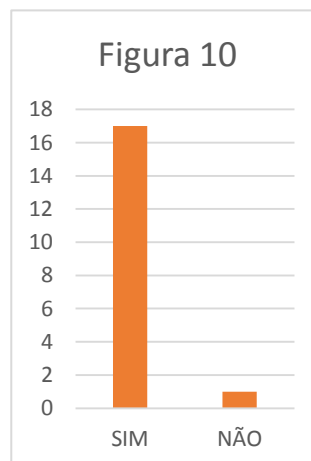


Figura 10 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 1, parte II)

Na questão 1 (**Dependência na mobilidade**) verifica-se que metade dos doentes com AVC não conseguem deslocar-se sozinhos á casa de banho, necessitando de ajuda de terceiros, já no grupo de doentes de Ortopedia apenas um doente não consegue ir sozinho á casa de banho sozinho.

Como esta questão podemos concluir que os resultados das intervenções do EEER, durante o internamento, relacionadas com a recuperação da mobilidade dos doentes de patologia ortopédica tem mais eficácia do que nos doentes com AVC o que está intimamente relacionado com as diferentes limitações e gravidade que cada patologia provoca no doente, tornando a sua reabilitação mais lenta ou mais rápida.

Autonomia na Higiene da parte superior do tronco - (Questão2): Consegue lavar e secar o cabelo, a cara, o peito e os braços sozinho?

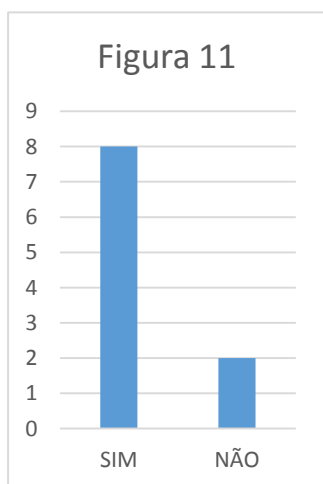


Figura 11 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 2, parte II)

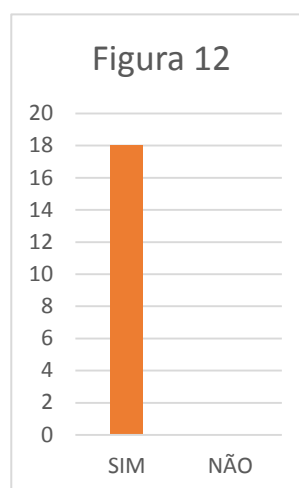


Figura 12 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 2, parte II)

Na questão 2 (**Autonomia na Higiene da parte superior do tronco**) todos os doentes de Ortopedia conseguem realizar sozinhos, esta parte da sua higiene, no grupo dos doentes com AVC, dois doentes respondem que não conseguem realizar sozinhos.

O treino e utilização de material apropriado para a realização da higiene pessoal era adaptado conforme a situação e limitações do doente. Eram ganhos mais óbvios nos doentes com patologia ortopédica do que nos doentes com AVC, relacionado com as próprias patologias e limitações causadas pelas mesmas.

Autonomia na Higiene dos membros inferiores - (Questão3): Consegue lavar e secar as pernas sozinho?

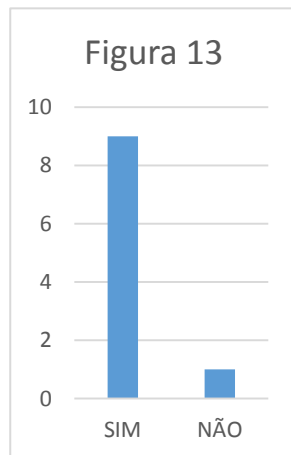


Figura 13 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 3, parte II)

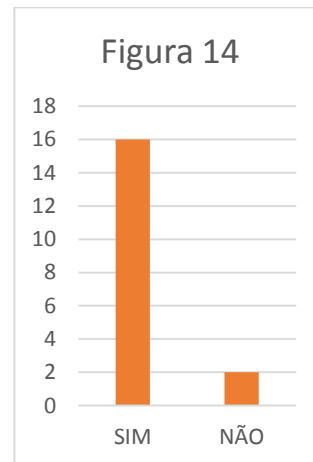


Figura 14 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 3, parte II)

Na questão 3 (**Autonomia na Higiene da parte superior dos membros inferiores**) do grupo dos doentes com AVC apenas 1 doente responde que não conseguem realizar sozinho a lavagem/secagem das pernas já no grupo dos doentes de Ortopedia 2 dos doentes responde que não consegue, o que poderá estar intimamente ligado com a capacidade articular com movimento e restrições de movimentos relacionado com a sua situação clínica.

Autonomia da Higiene das extremidades - (Questão4): Consegue lavar e secar os pés sozinho?

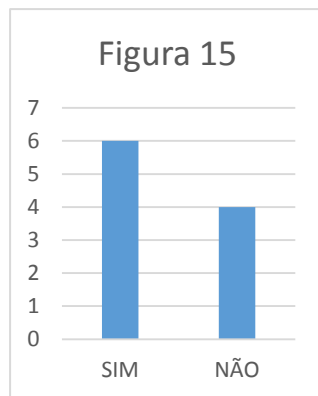


Figura 15 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 4, parte II)

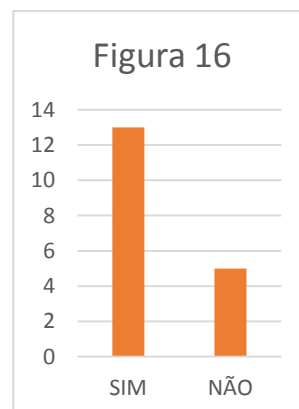


Figura 16 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 4, parte II)

A mesma situação da questão 3 se pode contactar com a questão 4 (**Autonomia da Higiene das extremidades**) na qual quatro doentes com AVC não são capazes de executar sozinhos este cuidado e cinco doentes de Ortopedia também respondem que não. Novamente se pode relacionar este resultado com a capacidade articular com movimento relacionado com a sua situação clínica e restrições de movimentos impostas pela própria reabilitação.

Autonomia da Higiene Oral - (Questão5): Consegue lavar a boca sozinho?

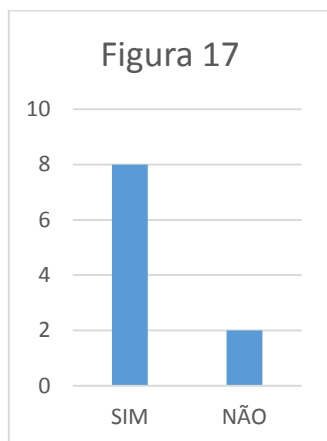


Figura 17 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 5, parte II)

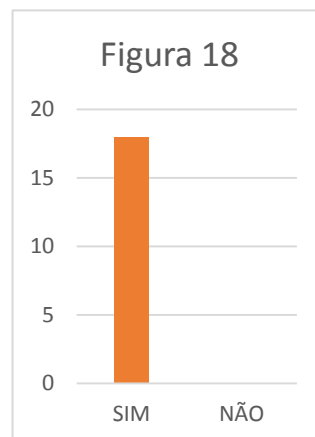


Figura 18 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 5, parte II)

Autonomia em tratar do cabelo - (Questão6): Consegue pentear-se sozinho?

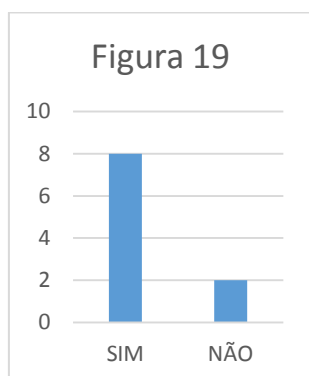


Figura 19 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 6, parte II)

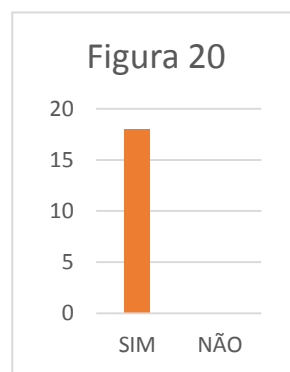


Figura 20 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 6, parte II)

Na questão 5 (**Autonomia da Higiene Oral**) e questão 6 (**Autonomia em tratar do cabelo**) -todos os doentes de Ortopedia, no momento da alta conseguem realizar a sua higiene oral e cuidados com o cabelo sem necessitar de ajuda. Já no grupo dos doentes com AVC estes cuidados tem outras limitações por se tratar de movimentos mais finos e

meticulosos muitas vezes dificulta a realização dos mesmos. Tanto na higiene oral como nos cuidados com o cabelo, dois doentes com AVC respondem que não conseguem realizar sozinhos este momento da sua higiene.

Com este segundo grupo de questões podemos concluir que no momento da alta o grupo de doentes de Ortopedia sai do internamento mais autónomo, na realização dos seus cuidados de higiene diários, do que o grupo dos doentes com AVC. Este cenário leva a uma questão importante que é o ensino ao cuidador, para que estes cuidados de reabilitação sejam continuados não só para benefício do doente mas também para alívio da sobrecarga do cuidador.

Na terceira parte do “Questionário I”, com as 5 questões finais procurou-se avaliar as idas a casa aos fins-de-semana, esta parte do questionário só foi preenchido pelos doentes que no decorrer do internamento tiveram oportunidade de ir ao fim de semana a casa.

Na amostra 1 doentes com AVC, todos foram a casa (10 doentes).

Na amostra 1 doentes de Ortopedia, dos 18 doentes apenas 13 foram a casa.

Adaptação do domicílio às limitações do doente - (Questão1): Em casa, a casa de banho está adaptada para realizar a sua higiene pessoal?

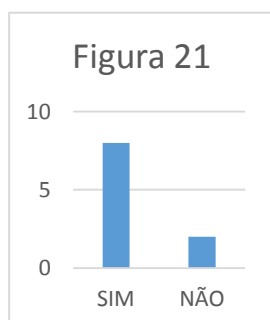


Figura 21 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 1, parte III)

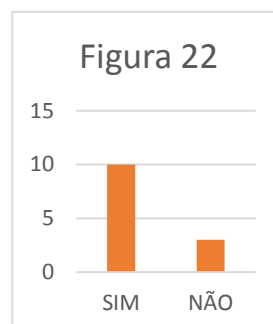


Figura 22 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 1, parte III)

Na questão 1 (**Adaptação do domicílio às limitações do doente**) do grupo dos doentes com AVC apenas dois doentes respondem que não tem a casa de banho adaptada no seu domicílio e no grupo dos doentes de ortopedia, três doentes respondem que não tem a casa de banho adaptada.

A adaptação da casa de banho é muito importante e bastante recomendada pelos EEER durante o internamento, para que seja mais fácil a adaptação e independência do doente durante os seus cuidados de higiene tendo em conta as novas limitações que o doente tem.

Avaliação de necessidade de ajuda para a realização de Higiene pessoal no domicílio -
(Questão2): O seu cuidador teve que ajudar na realização dos cuidados de higiene?

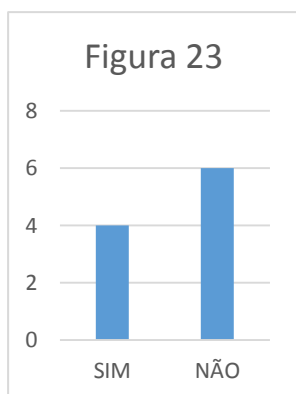


Figura 23 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 2, parte III)

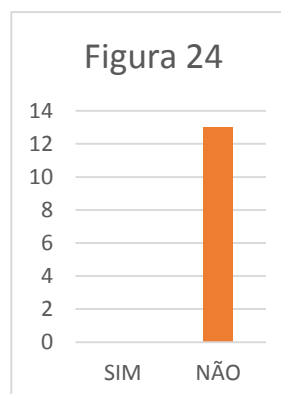


Figura 24 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 2, parte III)

Na questão 2 (**Avaliação de necessidade de ajuda para a realização de Higiene pessoal no domicílio**) pode-se verificar que mesmo com a adaptação das casas-de-banho no domicílio mantem-se a dificuldade mais acentuada no grupo dos doentes com AVC para a realização dos seus cuidados de higiene, necessitando de ajuda do seu cuidador informal pois quatro doentes, neste grupo, respondem que necessitam de ajuda enquanto no grupo dos doentes de Ortopedia todos respondem que não precisaram de ajuda na realização dos cuidados de higiene.

Foca-se novamente nesta questão a grande relevância dos ensinamentos ao cuidador informal de forma a potencializar estes doentes no domicílio.

Avaliação das dificuldades na realização da higiene no domicílio - (Questão3): Sentiu mais dificuldade na realização dos cuidados de higiene na sua casa do que no internamento?

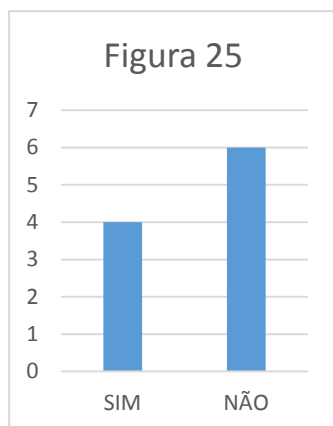


Figura 25 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 3, parte III)

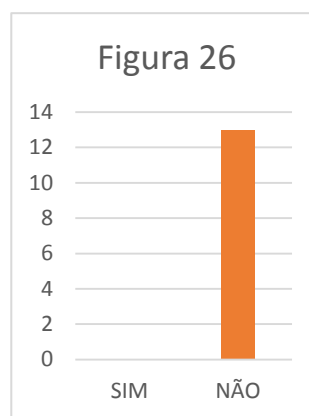


Figura 26 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 3, parte III)

Avaliação da sobrecarga do cuidador percecionada pelo doente, no domicílio - (Questão4): Sente que sobrecarrega (que dá trabalho) ao seu cuidador?

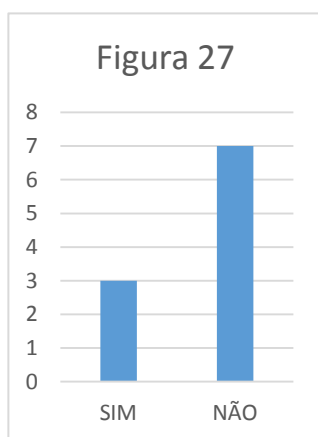


Figura 27 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 4, parte III)

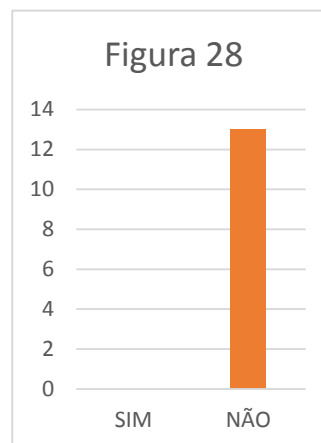


Figura 28 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 4, parte III)

Na questão 3 (**Avaliação das dificuldades na realização da higiene no domicílio**) no grupo dos doentes com AVC) seis doentes respondem que não sentiram mais dificuldade em casa do que no internamento na realização dos cuidados de higiene e quatro respondem que sim, tiveram mais dificuldade no domicílio. Enquanto no grupo dos doentes de ortopedia todos respondem que não sentiram mais dificuldade em casa do que no internamento, na realização

dos cuidados de higiene. Resultados que nos permitem compreender que existe mais dificuldade por parte dos doentes com AVC na realização do autocuidado no domicílio do que no internamento, muito relacionados com as próprias limitações articulares causadas pelo AVC. Esta questão relaciona-se automaticamente com a questão 4 onde se faz (**Avaliação da sobrecarga do cuidador percebida pelo doente, no domicílio**). Nesta questão é possível perceber que os doentes com AVC sentem que sobrecarregam mais os cuidadores informais pela necessidade de ajuda, pelas dificuldades/limitações que sentem do que os doentes de Ortopedia. No grupo de doentes com AVC três doentes respondem que Sim, sentiram que sobrecarregam o cuidador informal no domicílio e no grupo de doentes de ortopedia todos respondem que não sobrecarregam o cuidador informal no domicílio.

Avaliação da Satisfação da autonomia do doente no domicílio - (Questão5): Ficou satisfeito por estar mais autónomo na realização dos cuidados de higiene?

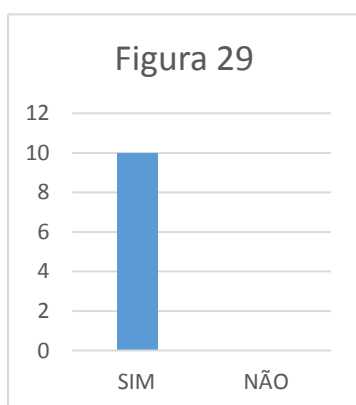


Figura 29 – Respostas da Amostra 1 doentes com AVC (Questão 5, parte III)

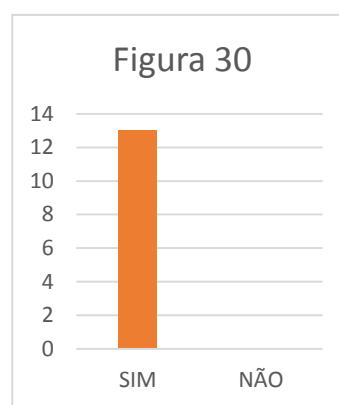


Figura 30 – Respostas da Amostra 1 doentes de Ortopedia (Questão 5, parte III)

O Balanço geral deste questionário é feito pela questão 5 na qual se faz (**Avaliação da Satisfação da autonomia do doente no domicílio**). Nesta questão e apesar das dificuldades que os dois grupos de doentes mostram foi possível perceber que em ambos os grupos a satisfação com a sua autonomia, no momento da alta é positiva pois todos os doentes respondem que ficaram satisfeitos com os seus progressos desde a entrada até ao momento da alta para domicílio. Neste grupo de questões foi possível avaliar que o grupo de doentes de Ortopedia necessitou no domicílio de menos ajuda do seu cuidador informal, na realização dos seus cuidados de higiene do que os doentes com AVC.

6.2.2- Resultados melhoria sentida por parte dos cuidadores informais dos doentes com compromisso da mobilidade

O questionário que foi aplicado aos cuidadores informais dos doentes com compromisso da mobilidade intitulado de “**Questionário II**” na primeira parte recolhe dados que permitem a caracterização sociodemográfica da amostra. Esta parte I, do Questionário II, não se considerou pertinente mostrar resultados, as perguntas tinham faziam sentido de integração do questionário, contudo as respostas apresentadas não foram uteis. Futuramente, na construção de outro instrumento de avaliação, devera ser tido em conta a sua inclusão/exclusão deste tipo de questões.

A segunda parte do “**Questionário II**” pretende a Caracterização da participação do cuidador informal nas sessões terapêuticas realizadas no internamento.

Amostra 2 – Cuidadores informais dos Doentes com AVC (10 doentes)

Amostra 2 – cuidadores informais dos Doentes de Ortopedia (18 doentes)

Participação nas sessões - (Questão1): Participou no internamento, na realização dos cuidados de higiene do doente?

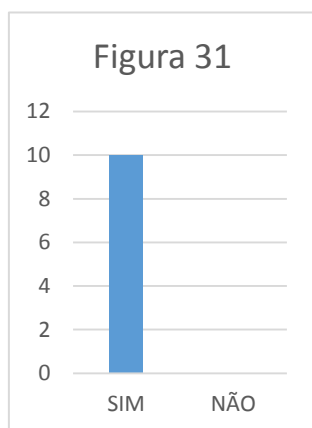


Figura 31 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 1, parte II)

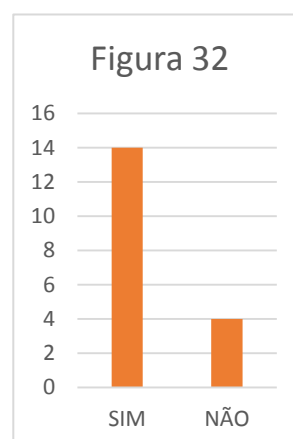


Figura 32 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 1, parte II)

Na questão 1 (**Participação nas sessões**) pode-se contactar que todos os cuidadores dos doentes com AVC participaram nas sessões terapêuticas enquanto, que quatro cuidadores dos doentes de ortopedia não tiveram essa hipótese.

Utilidade dos ensinamentos realizados - (Questão2): Os ensinamentos que lhe foram feitos, sobre a higiene, foram úteis?

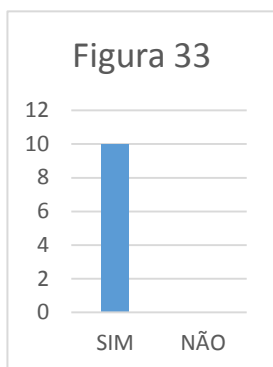


Figura 33 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 2, parte II)

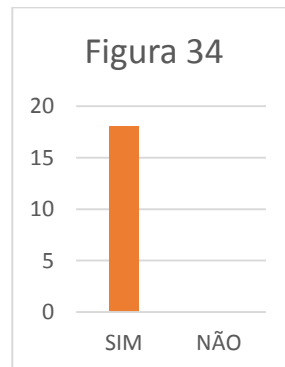


Figura 34 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 2, parte II)

Esclarecimento de dúvidas - (Questão3): Conseguiu esclarecer todas as dúvidas sobre os cuidados de higiene?

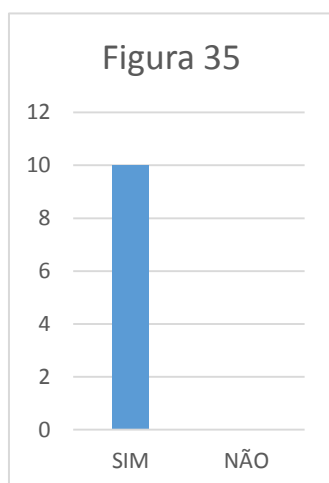


Figura 35 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 3, parte II)

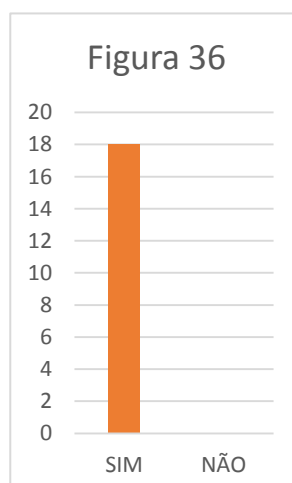


Figura 36 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 3, parte II)

Na questão 2 (**Utilidade dos ensinamentos realizados**) e na questão 3 (**Esclarecimento de dúvidas**) questões intimamente ligadas podemos verificar que em ambos os grupos respondem todos que Sim, que foram úteis os ensinamentos feitos pelos profissionais de enfermagem e que lhes foi possível o esclarecimento de dúvidas em tempo adequado.

Avaliação do numero de sessões - (Questão4): Foram suficientes, o número de vezes que foi ao internamento para treino da higiene do seu familiar?

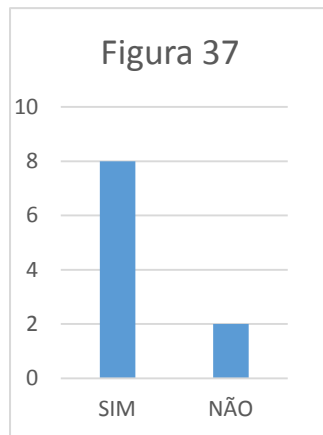


Figura 37 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 4, parte II)

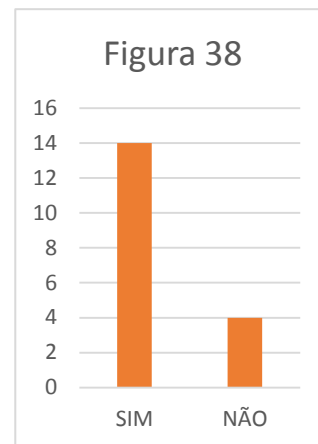


Figura 38 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 4, parte II)

Na questão 4 (**Avaliação do numero de sessões**) do grupo de cuidadores dos doentes com AVC respondem 2 pessoas que não consideraram suficientes o número de vezes que foram ao internamento para o treino da higiene do seu familiar e no grupo de cuidadores dos doentes de ortopedia respondem quatro que também não consideram suficientes o número de treinos. O que leva a sugestão de uma melhoria neste aspeto tentar que daqui em diante os cuidadores possam participar em mais sessões terapêuticas.

Relação entre o cuidador e o doente - (Questão5): A interação entre si e o seu familiar, na realização dos cuidados de higiene melhorou?

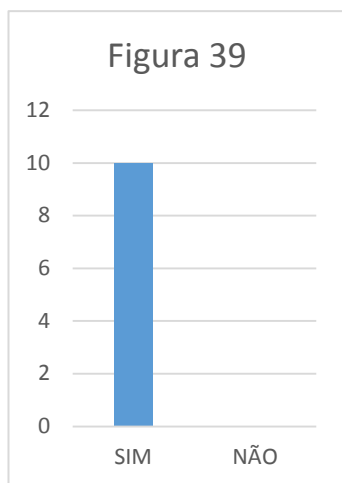


Figura 39 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 5, parte II)

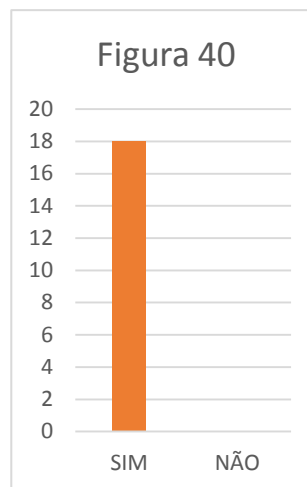


Figura 40 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 5, parte II)

Avaliação das estratégias ensinadas - (Questão6): As estratégias adaptativas que são utilizadas no internamento foram uteis para a realização em casa?

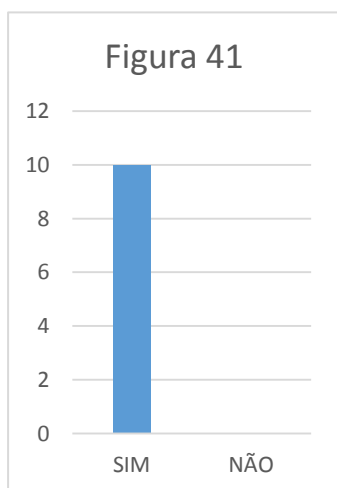


Figura 41 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 6, parte II)

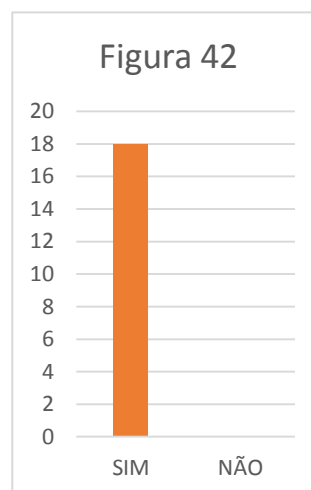


Figura 42 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 6, parte II)

Na questão 5 (**Relação entre o cuidador e o doente**) - e questão 6 (**Avaliação das estratégias ensinadas**) - é notório em ambos os grupos que tanto a interação entre o

cuidador e o familiar melhorou na realização dos cuidados de higiene como as estratégias adaptativas que foram utilizadas no internamento foram uteis em casa.

Fazendo a leitura geral das questões aplicadas neste grupo do “Questionário II” pode-se concluir que tanto os cuidadores dos doentes com AVC como os cuidadores dos doentes de Ortopedia, aquando da participação das sessões terapêuticas tiveram oportunidades iguais de esclarecimento de dúvidas e aprendizagem de estratégias adaptativas para a realização da higiene do seu familiar no domicílio.

Na terceira parte do “Questionário II” pretendeu-se avaliar a minimização da sobrecarga do cuidador informal, nas idas a casa, aos fins-de-semana, do familiar. Só foi preenchido pelos cuidados dos doentes que foram a casa durante o internamento.

Na amostra 2 CI dos doentes com AVC, todos foram a casa (10 doentes).

Na amostra 2 CI doentes de Ortopedia, dos 18 doentes apenas 13 foram a casa.

Avaliação do cansaço do cuidador - (Questão1): Sente-se mais cansado com a ida do seu familiar a casa?

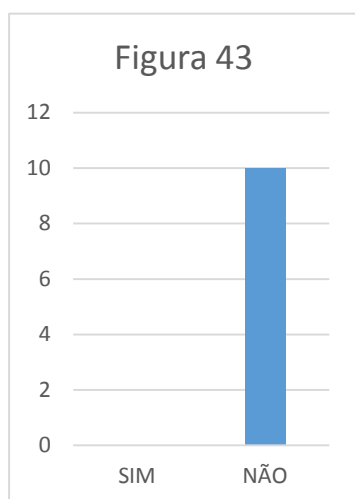


Figura 43 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 1, parte III)

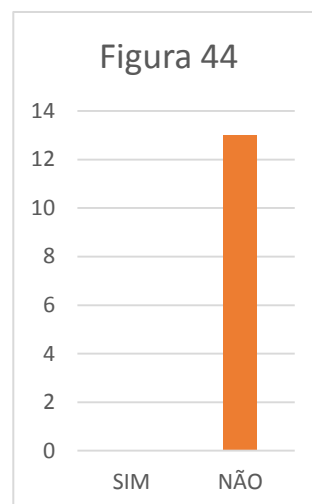


Figura 44 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 1, parte III)

Na questão 1 (**Avaliação do cansaço do cuidador**) em ambos os grupos todos respondera que não se sentiram mais cansados com a ida do familiar a casa.

Esta questão tem um bom peso nesta discussão de resultados porque só com as idas a casa aos fins-de-semana seria possível avaliar o nível de cansaço dos cuidadores, após as sessões terapêuticas. Assim consegue se constatar que as intervenções do EEER junto dos cuidadores são eficazes uma vez que estes não mostram cansaço com a ida do familiar a casa.

Colaboração na realização da higiene do doente no domicílio - (Questão2): Foi necessário colaborar na realização da higiene pessoal do seu familiar em casa?

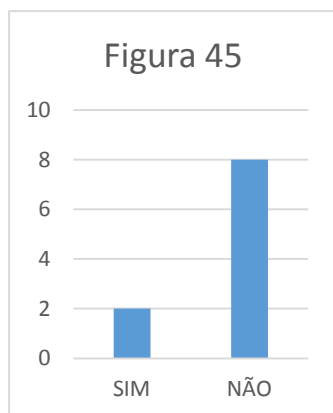


Figura 45 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 2, parte III)

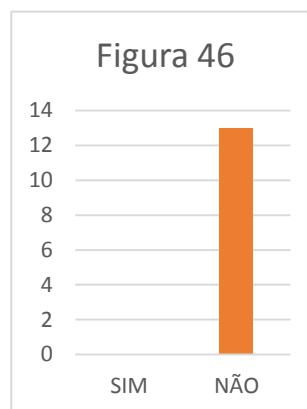


Figura 46 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 2, parte III)

Na questão 2 (Colaboração na realização da higiene do doente no domicílio) apenas duas pessoas do grupo dos cuidadores dos doentes com AVC respondem que houve essa necessidade, todos os outros não precisaram de colaborar na realização da higiene do seu familiar.

Podemos verificar que a maioria responde indo de encontro ao esperado pelo EEER, maximizando as funcionalidades do doente e ensinando o cuidador nas sessões terapêuticas contribui-se para a máxima independência do doente e conhecimentos do cuidador.

Avaliação por parte do cuidador da autonomia do doente no domicílio - (Questão3):

Sente que o seu familiar esta mais autónomo na realização dos cuidados de higiene?

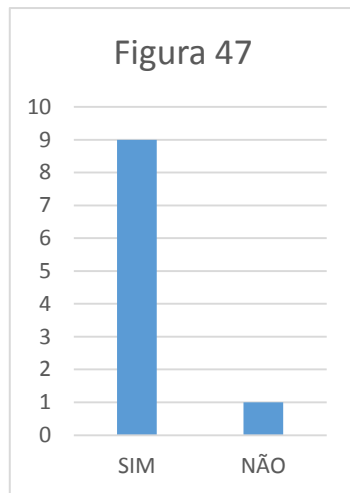


Figura 47 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 3, parte III)

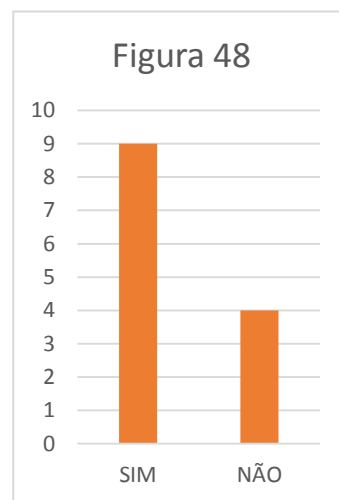


Figura 48 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 3, parte III)

Na questão 3 (**Avaliação por parte do cuidador da autonomia do doente no domicílio**) apenas um responde que não sentiu o seu familiar mais autónomo na realização dos cuidados de higiene já no grupo de cuidadores de ortopedia quatro respondem que não sentiram mais autonomia. Neste grupo de cuidadores é mais notório esta avaliação negativa porque o tempo de internamento normalmente é mais curto o que não permite uma capacitação e melhoria do doente tão vasta como no doente com AVC.

Avaliação do trabalho realizado com o doente para minimização da sobrecarga do cuidador - (Questão4): Acha que o trabalho que foi feito com o seu familiar o aliviou fisicamente a si?

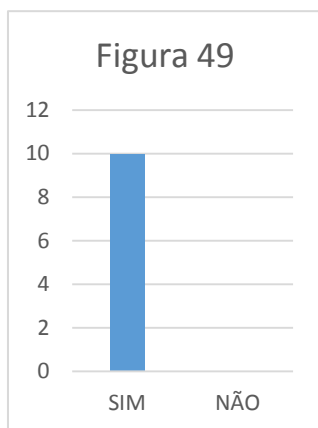


Figura 49 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 4, parte III)

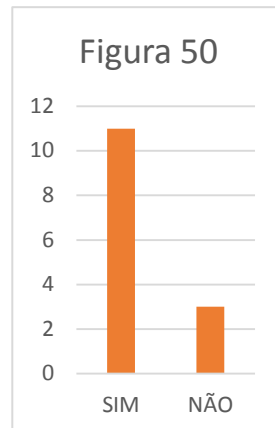


Figura 50 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 4, parte III)

Na questão 4 (**Avaliação do trabalho realizado com o doente para minimização da sobrecarga do cuidador**) volta a ser notório nestas respostas o mesmo que na questão anterior, que os cuidadores dos doentes com AVC todos que sim, o trabalho que foi feito com o seu familiar o aliviou fisicamente. Nos Cuidadores dos doentes de ortopedia dois respondem que não, o trabalho que foi feito com o seu familiar não o aliviou fisicamente.

Avaliação da sobrecarga sentida pelo cuidador - (Questão5): Considera que assim tomar conta do seu familiar é física e psicologicamente mais fácil?

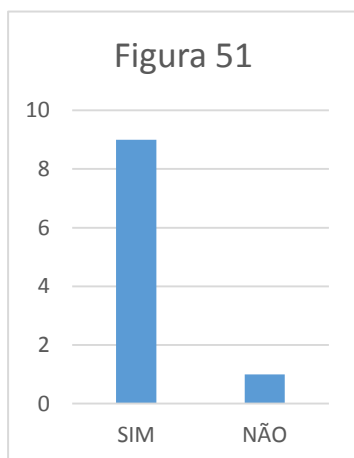


Figura 51 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes com AVC (Questão 5, parte III)

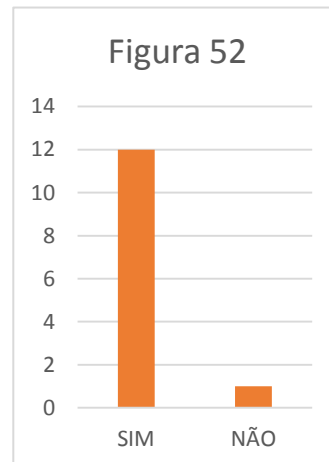


Figura 52 – Respostas da Amostra 2 cuidadores de doentes de Ortopedia (Questão 5, parte III)

Por último na questão 5 (**Avaliação da sobrecarga sentida pelo cuidador**) em ambos os grupos predomina a minimização da sobrecarga do cuidador informal, uma vez que em ambos apenas um pessoa de cada grupo responde que não é mais fácil física e psicologicamente tomar conta do seu familiar.

Com este último grupo de questões aos cuidadores informais foi possível avaliar a minimização da sobrecarga do cuidador informal, nas idas a casa, aos fins-de-semana, do familiar.

6.2.3- Discussão dos dados

Com a aplicação dos questionários aos doentes com compromisso da mobilidade (doentes com patologia ortopédica ou neurológica) foi possível obter a percepção do doente acerca da sua própria capacitação e evolução durante o internamento e nas idas a casa aos fins-de-semana.

Na avaliação **do estado geral, melhoria da força e dor**, em ambos os grupos verificou-se uma melhoria, desde a entrada até ao momento da alta.

No que respeita á **Deambulação** verifica-se que no grupo do AVC: metade saiu em cadeira de rodas e dois sem apoio e no grupo de doentes de Ortopedia 50% saíram com auxílio de andarilho e 50% com canadianas, após todos os treinos e exercícios realizados com os doentes as próprias limitações articulares e restrições de movimento relacionadas com as suas patologias mostram uma boa elevada taxa de sucesso.

No caso da **dependência de mobilidade**, há uma clara melhoria nos doentes da ortopedia, apresentando-se os de AVC mais dependentes, sendo o resultado de 50 % na dependência. (**Ida à casa de banho sozinhos**)

Na autonomia, tendo em conta a **higiene do tronco e MI**, houve uma melhoria em ambos os grupos de modo notório. O mesmo não se verifica quando se analisa a **higiene específica das extremidades** – causa-efeito da **sua limitação articular/patologia e restrições de movimento**.

Em ambos os grupos foi possível verificar que existiu uma **boa adaptação do domicílio**, às limitações dos doentes o que lhes facilitou a realização dos seus cuidados de higiene fora do contexto de internamento.

Nos casos **da necessidade de ajuda e dificuldade sentida na realização dos cuidados de higiene no domicílio**, o grupo de Ortopedia, 100% dos casos revelou independência. No grupo de AVC, a maioria verificou também verifica essa mesma independência, revelando que com a capacitação no internamento obteve-se bons resultados no domicílio.

Em ambos os casos há uma **consciência de que não sobrecarregaram o cuidador** estando **100% satisfeitos** com a sua **autonomia** após o internamento.

Com a aplicação dos questionários aos cuidadores informais dos doentes com compromisso da mobilidade (doentes com patologia ortopédica ou neurológica) foi possível avaliar e comprar a perceção que estes tem sobre a evolução da capacitação dos seus doentes. Pode-se destacar que a maioria mostra-se **satisfeita com a utilidade dos ensinamentos e estratégias adaptativas** que lhes foram facultados nas sessões terapêuticas no internamento, tal como o tempo dispensado para o **esclarecimento de dúvidas**, contudo, em ambos os grupos, ainda é notório que **alguns** cuidadores **acharam insuficientes o número de vezes que se deslocaram ao internamento para os treinos/ensinos**.

Notório que 100% dos cuidadores não revelaram mais **cansaço com a ida do doente a casa** e a maioria revela que não foi necessário colaborar na realização da higiene.

Houve **alívio físico após o trabalho feito** com o doente durante o internamento e **consequente satisfação com a autonomia** conseguida.

Após a análise de ambas as perceções (doente e cuidador informal) globalmente pode-se afirmar que com a capacitação do doente, em contexto de internamento, e a envolvimento do cuidador informal nas sessões terapêuticas, é possível uma maior independência do doente e por sua vez minimização da sobrecarga do cuidador no domicílio, obtendo assim resposta à questão de investigação deste projeto de intervenção.

7. ANALISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Foi no decorrer no estágio final, enquanto enfermeira de cuidados gerais e aluna do mestrado que foi possível a consciencialização dos diferentes tipos de papéis que o enfermeiro de cuidados gerais e o EEER podem desenvolver e das competências que fazem parte de cada desempenho de funções.

Serviu de base para esta aquisição de conhecimentos o já passado período teórico do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da UÉ em Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, no decorrer do estágio final desenvolveram-se e aperfeiçoaram-se competências constantes no Regulamento das Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2010a) e no Regulamento de Competências de Mestre.

Ao longo da construção do projeto de intervenção e durante a sua aplicação nos campos de estágio foi possível compreender que as competências comuns desenvolvidas resultaram da aprendizagem profissional mas também de todo um investimento pessoal, que advém de nós

próprios e da nossa formação, tendo como primordial objetivo uma melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos.

“A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. a) “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; b) “Competências específicas”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. c) “Competências acrescidas”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas. d) “Domínio de competência”, é uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados. e) “Norma ou descritivo de competência”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho. f) “Unidade de competência”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo. g) “Critérios de avaliação”, compreendem a lista integrada dos aspetos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características

dos resultados, relacionando -se com o alcance descrito. São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (OE, 2011)

7.1 – Competências de Mestre

Refletindo sobre os objetivos propostos para a concretização deste relatório e desenvolvimento de competências de mestre é essencial aborda-los isolamento e posteriormente refletir sobre a consolidação final de todos.

1) Fundamentar escolhas com base na teorização e evidência científica.

Esta competência que já faz parte da bagagem académica permitiu a construção de um projeto de intervenção baseado nos conhecimentos e capacidades que são já inerentes desde o início do processo de formação profissional. A construção deste relatório possibilitou o aprofundamento destas capacidades aproveitando para desenvolver um projeto que fosse de encontro as necessidades da população-alvo e que ao mesmo tempo me possibilitasse desenvolver pesquisa e obter um resultado final positivo.

Com a aplicação do projeto foram surgindo obstáculos que tiveram que se contornados de forma a manter o projeto viável, tais como a sua aplicação apenas a doentes com AVC. Inicialmente este projeto foi concebido de forma a avaliar única e exclusivamente doentes com AVC e os seus cuidadores. Contudo no decorrer do estágio na unidade de convalescença não existia em tempo útil o número suficiente de doentes com AVC para a concretização deste projeto. Aplicando os conhecimentos e com uma boa capacidade de compreensão e resolução de problemas, fez-se o alargamento deste projeto a todo o doente com compromisso da mobilidade, deixando de ter unicamente como população-alvo o doente com AVC.

2) Evidenciar a capacidade de Reflexão crítica sobre as práticas (integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta)

Foi necessário a um determinado momento de implementação do projeto, e já com toda uma pesquisa elaborada, iniciar nova pesquisa e lidar com questões complexas causadas pela inexistência de população-alvo inferior ao desejado. Fez-se novas pesquisas e integrou-se todo um leque mais variado de novas patologias, associadas ao compromisso da mobilidade, que permitiram novas reflexões pessoais sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais a integrarem no projeto. Foi uma fase de recomeço que condicionou bastante a rapidez do

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

avançar do projeto, contudo permitiu-me uma maior abrangência e desenvolvimento desta competência.

3) Descrever e avaliar o desenho de implementação do projeto de intervenção.

Foi possível descrever e avaliar o desenho de implementação do projeto de intervenção aliada a minha facilidade de comunicação. No desenvolvimento desta fase de projeto de intervenção desenvolvi esta competência na comunicação de planos de intervenção para determinado utente, na partilha de conhecimentos e raciocínio sobre as intervenções a serem desenvolvidas e também na avaliação desse mesmo plano.

4) Apresentar um relatório para prova pública.

Adquiri e consolidei diversas competências com a concretização deste relatório que certamente me irão ser úteis no decorrer da minha vida pessoal e profissional, tal como a competência de avaliação, esta foi a competência que sinto mais desenvolvida. Aprender a avaliar mais aprofundadamente a situação antes, no decorrer e depois do acontecimento. A partir desta boa avaliação é possível a construção de bons planos/projetos de intervenção. Em conjunto com as restantes competências adquiridas e consolidadas permitirão a apresentação de relatório para prova pública.

Competências que ficam e que serão úteis não só como profissional mas como pessoa para a formação profissional mas também para o dia-a-dia pessoal.

7.2 – Competências de Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reflexão sobre os objetivos propostos neste relatório enquanto especialista foram pensados em virtude das competências do EEER. Segundo o REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010.

a) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Ou seja, identificando necessidades da população com que intervém, essas necessidades são transformadas em intervenções especializadas no âmbito da enfermagem de reabilitação de forma a tornar as pessoas que se encontram com limitações funcionais o mais independentes possível.

Durante o estágio senti esta competência consolidada. Foi-me possível realizar uma boa avaliação da funcionalidade do doente tal como o diagnóstico de alterações que determinam as limitações e incapacidades. Em ambos os serviços as necessidades dos doentes eram imediatamente identificadas no acolhimento realizado pelo enfermeiro, tal como lhes eram

dadas seguimento no decorrer do internamento. Foi-me possível realizar vários acolhimentos, onde através de um guia de questões gerais e específicas, com a devida autorização do doente, eram dados que posteriormente serviam para a nossa avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações e incapacidades. Com esta recolha de dados era-nos possível a preparação do plano individual de cuidados onde eram inseridos os programas de treino de reabilitação.

b) Diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação de forma a capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

Nos turnos que fiz houve sempre necessidade de realizar uma análise detalhada do problema em questão, da limitação da atividade e restrição da participação “normal” na vida social, foi-me possível consoante essa análise planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação em consonância com a equipa de enfermagem, médicos e terapeutas que possibilitaram a capacitação da pessoa possibilitando-lhe um regresso a casa mais autónomo e participativo.

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Em todos os planos de treino que me propus realizar foi possível desenvolver esta competência, uma vez que desenvolvi atividades que permitiram a maximização das capacidades funcionais permitindo um melhor desempenho cardiorrespiratório e motor obtendo ganhos na realização das suas atividades de vida diárias.

d) Produzir dados que demonstrem resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Com a construção do Questionário, e consequente aplicação no decorrer do estágio final, penso que posso considerar esta competência também consolidada, uma vez que com a criação deste instrumento de avaliação foi-me possível validar a eficácia das intervenções do EEER e produzir dados que podem ser discutidos, de forma a capacitar o doente e cuidador para a máxima independência, no domicílio e no seu dia-a-dia na sociedade.

Em anexo a este relatório, **ANEXO X**, de forma a demonstrar de maneira mais sucinta esta concretização de aquisição de competências, três grelhas resumo de uma seleção de três estudos de casos, apresentados e discutidos em contexto de estágio que permitem

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

compreender mais aprofundadamente a evolução de doentes em contexto de internamento que beneficiaram dos programas de reabilitação.

Esta evolução do doente em internamento a nível da força, tónus, amplitude de movimento, equilíbrio, marcha e aprendizagem de estratégias adaptativas vão permitir ao doente uma melhor destreza na realização das atividades de vida diárias, onde a higiene pessoal se insere. Esta atividade de vida diária foi alvo de mais treino e ensinamentos, tanto como o doente como com o cuidador informal, uma vez que se tratava do grande objetivo geral do estágio final, contudo as restantes atividades de vida diárias não foram descuradas.

Foi possível concluir, tanto no internamento como através dos questionários, que com as intervenções do EEER, na capacitação do doente com compromisso da mobilidade possibilita que o doente fique o mais autónomo possível na realização das suas atividades de vida diárias e no regresso para o domicílio a sobrecarga do cuidador informal seja menor ou até mesmo inexistente.

8- CONCLUSÃO

Com a conclusão do presente relatório considero os objetivos propostos inicialmente como atingidos, ficando evidente no percurso quer a nível da construção do Projeto de Intervenção, quer na reflexão apresentada sobre as competências adquiridas e consolidadas de Mestre e de especialista, ao longo do estágio final.

No decorrer do estágio final, foi possível a prestação de cuidados a doentes em diversas situações clínicas relacionadas com o compromisso da mobilidade, que dificultavam a realização do autocuidado higiene. A possibilidade de criar planos de intervenção personalizados e adaptados a cada situação clínica, e implementá-los permitindo-me posteriormente realizar a avaliação do mesmo possibilitou o grande desenvolvimento de diversas competências de especialista e de mestre. Atendendo à teoria que sustenta a nossa prática, procurei sempre desenvolver planos que incluíssem o cuidador informal, capacitando o doente e o cuidador de estratégias adaptativas e conhecimentos que lhes permitissem lidar com a o compromisso da mobilidade de forma mais leve e prática.

Com a aplicação do instrumento que foi criado para avaliar as intervenções que o enfermeiro especialista tem junto da pessoa, com compromisso da mobilidade e do seu cuidador informal, de forma que minimizam a sobrecarga do cuidador, foi possível compreender que com os planos individuais de intervenções do EEER, com os exercícios realizados, os ensinamentos sobre estratégias adaptativas e os treinos com os cuidadores informais, o doente em contexto de internamento: não teve aumento de dor, desde a entrada no serviço até a alta para domicílio. O doente em contexto de internamento aumentou a sua força, diminuiu a espasticidade (os que a tinham) e dentro do possível, alcançou um tônus muscular normal, que lhe permitiram maior independência na realização da sua higiene diária. O doente em contexto de domicílio e tendo em conta o que aprendeu e colocou em prática no internamento, conseguiu com o mínimo de ajuda do seu cuidador informal realizar os seus cuidados de higiene diária, sentindo que não sobrecarrega o cuidador. O Cuidador informal avalia de forma positiva a participação nas sessões terapêuticas que realizou no internamento com o enfermeiro e o seu familiar/amigo; O Cuidador informal avalia como positivas e na maioria, com sobrecarga mínima, as idas a casa do seu familiar/amigo.

Importante salientar que o projeto de intervenção passou por uma fase de reconstrução logo após o início da sua aplicação, uma vez que inicialmente o foco seriam apenas os doentes com AVC. Seria feita a mesma avaliação dos programas de reabilitação, contudo, aplicar-se-ia unicamente aos doentes com AVC e cuidadores informais dos mesmos. Devido à escassez de entradas e previsão de encaminhamentos para o internamento de doentes com

esta patologia e de forma a assegurar a implementação do projeto, houve a necessidade de se abranger outro tipo de patologias que também elas, devido à limitação da mobilidade, colocassem o autocuidado higiene comprometido e aumentasse a sobrecarga do cuidador informal.

Inseriu-se nesta reconstrução todos os doentes com compromisso da mobilidade e que reunissem critérios para o programa de reabilitação tal como a capacitação do autocuidado higiene. Passou assim este projeto, a abrigar situações clínicas de doentes submetidos artroplastias do joelho e anca, e doentes submetidos a cirurgia ortopédica para tratamento de fratura como por exemplo a colocação de DHS (placa e parafuso dinâmico).

Esta reconstrução obrigou a novas pesquisas, a consolidação de conhecimentos sobre um leque maior de situações clínicas tal como da reabilitação adequada para os mesmos, um empenho e investimento que foi possível devido à colaboração de todos os profissionais da Unidade de Convalescença e serviço de Ortopedia, do Professor Orientador do estágio final e de colegas. Cada ajuda obtida foi uma mais-valia para o desempenho de sucesso deste projeto.

Finalizo este trabalho académico com a certeza de que o meu objetivo profissional e pessoal foi cumprido. Como perspectiva futura, espero poder contribuir muito na recuperação/reinserção de doentes e cuidadores na nossa sociedade, capacitando-os e ajudando a tornar a nossa comunidade mais sensível a estas limitações/adaptações.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Araújo, F., Oliveira, J., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007, julho/dezembro). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-65. Recuperado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>

Barreto, H. (2008). *Readaptação do domicílio face à pessoa com limitação funcional*. CITMA. Funchal. Disponível em http://www.citma.pt/Uploads/Humberto_Barreto.pdf

Bidarra, M. (2013). *Sobrecarga do familiar cuidador da pessoa com quadro de demência, em contexto domiciliário*. Relatório de trabalho de projeto. Setubal. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6298/1/Mestrado%20sobrecarga%20dos%20cuidadores%20informais%20com%20quadro%20de%20d.pdf>

Boutinet, (1990). *Antropologia do Projeto*. Lisboa: Instituto Piaget

Branco, T., Santos R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.

Cardoso, M. (2011). *Promover o Bem-estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Colby, L., & Kisner C. (2005). *Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 4ª Ed. São Paulo: Manole

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel. (p. 235)

Cunha, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Retirado de - <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10436/1/Marisa%20Cunha.pdf>

Dias, L. (2012). *Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur* (Dissertação Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Recuperado de - <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24096&co de=531>

Diogo, M. (2000) – *O papel da enfermeira na reabilitação do Idoso*. In: *Revista Latino-Americana em Enfermagem*. Ribeirão preto. Vol 8, n 1 (janeiro 2000) p. 75 - 81

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

Direção Geral de Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde disponível em [Http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). Circular Normativa Nº: 03/DSPCS. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*.

European Stroke Organisation (ESO) (Organização Europeia do AVC) (ESO, 2011).

Ferro, J. (2006). *Acidentes Vasculares Cerebrais*. In J. Ferro, & J. Pimentel, *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e tratamento* (pp. 77-88). Lisboa: Lidel.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

FORTIN, Marie Fabienne (2003) - *O Processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda; 2003. 388p. ISBN – 972 – 8383 – 10 – X.

Franco, L; Loiane S. S.; Pires E.; Guimarães A; (2009). *Influência da idade e da obesidade no diagnóstico sugestivo de artrose de joelho*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92911751006>

Gomes, J. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca, atividades de vida diária e qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência

Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação*. 2ª Ed. Lisboa: Lusociência

Hoeman, Shirley P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª Ed. Lisboa: Lusociência

HOLZER, Gerold; HOLZER, Lukas A.- *Protectores da anca e prevenção das fracturas do colo do fémur nas pessoas idosas*. *Geriatrics*. Lisboa. Nº 20 (Março/Abril 2008), p. 54-64.

<http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/area-de-influencia/>).

<http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>

<http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/convalescenca/>

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ICN (2011) *Classificação internacional para a prática de Enfermagem* (CIPE): versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Leitão, G., & Almeida, D. (2000). *O cuidador e sua qualidade de vida*. Acta Paulista de Enfermagem, 13(1), pp. 80-85

Martins, M. (2002). *Uma crise accidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Parecer sobre atividades de vida. Parecer 12/2011

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência.

Monteiro, A (2015). *Risco Cardiovascular em Profissionais de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Viseu. Recuperado de: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3213/1/AndreMorgadoMonteiro%20DM.pdf>

Nobre M. (2004) *Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Disponível em: <http://www.clientes.netvisão.pt/terapia/avc.ht>

Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento Profissional para a Prática de Enfermagem*, através do artigo 4º, capítulo II do Decreto-Lei nº 161/ 96 de 4 de Setembro (1996) (p. 2960)

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Conselho De Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Artigo 88.º do *Código Deontológico do Enfermeiro* (Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009, p. 6548

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade -posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE. Serie 1. Numero 7. Lisboa

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

Ordem dos Enfermeiros, C. I. D. (2011). CIPE versão 2: *classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento nº 125/2011*, de 18 de fevereiro.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35, pp. 8658-8659.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved January 27, 2014, from <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/PressReleaseCongressoInternacionaldeEnfermagemdeReabilitacao.aspx>

Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora

Queirós, P.P, Vidinha, T.S, Fialho, A.A (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referencia, Série IV – n 3 nov/dez pp157-164

Ribeiro, A. F. (2013). *Benefícios da Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Minimização da Sobrecarga do Cuidador Informal do Doente com Acidente Vascular Cerebral*. Dissertação de Mestrado. Coimbra, Abril de 2013 Recuperado: Repositório esenfc.pt file:///C:/Users/Casa/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/D2011_10001222017_2810034_1.pdf

Roper N, Logan W, Tierney AJ. (2001) *O modelo de enfermagem RoperLoganTierney*. Lisboa(PO): Climeps.

Salgueiro, H. (2008). *Fatores de risco e AVC nos idosos*. Sinais Vitais, p.49-55

Schwartzmann C.; Lech O.; Teloken M (2003) *Fraturas*. Artmed, pp. 519;521;522;523 e 527

Silva, D & Silva, E. (sd). *O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu disponível em www.ipv.pt/millennium/millennium30//8.pdf

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXOS

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-estar da UÉ



Documento	1	8	1	1	1
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof. Doutor Jorge Araújo e a Prof.^a Doutora Sandra Leandro deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto *“Contributos da promoção do autocuidado Higiene, na pessoa com AVC, que reduzem a sobrecarga do cuidador informal”* da investigadora **Cátia Cristina Ferreira Barreto Encarnado** (mestranda) e do Prof. Manuel Agostinho Fernandes (responsável académico).

Universidade de Évora, 11 de Julho de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Guina Ribeiro de Araújo)

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO B— Folheto de Cuidados a ter após a colocação da Prótese Total do Joelho

EXERCÍCIOS IMPORTANTES PARA A RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO DO JOELHO

MOBILIZAÇÃO DO PÉ E TORNÓZELO

Faça exercícios do pé em posição deitado de costas com a perna operada em repouso. Isto vai ajudar a diminuir o inchaço.

CONTRAÇÃO DOS GLÚTEOS (MÚSCULOS DAS NÁDEGAS)

Deitado de costas, contraia os músculos das nádegas, mantendo a contração por 5 segundos. Repita 10 vezes.

CONTRAÇÃO DOS QUADRÍCEPES (MÚSCULOS DA COXA)

1. Deitado de barriga para baixo, empurre o tornozelo contra uma toalha dobrada, como ilustra a imagem. Mantenha a contração por 5 segundos e repita 10 vezes.
2. Deitado de costas, estique o joelho (apoiado por uma toalha dobrada por baixo), mantendo essa posição por 5 segundos. Repita 10 vezes.

FLEXÃO DO JOELHO EM PÉ

Apoie-se numa estrutura fixa, como ilustra a figura, e com as costas em posição reta, dobre os joelhos e desça até ao limite do desconforto, mantendo a posição por 5 segundos. Repita 10 vezes.

FLEXÃO DO JOELHO EM POSIÇÃO DEITADO

Deitado de costas, dobre o joelho, levando o calcâneo em direção à nádega, até ao limite do desconforto. Mantenha o joelho dobrado por 5 segundos, repetindo 10 vezes.

Hospital
Espírito Santo € P.E.

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CUIDADOS A TER
APÓS COLOCAÇÃO DA
PROTESE TOTAL DO JOELHO

SERVIÇO DE ORTOPEDIA
PISO 4

Hospital
Espírito Santo € P.E.

REALIZADO POR:

ANGELA SIKTA
C.R.O. 110.903/04
Fisioterapeuta do Centro
de Reabilitação do Hospital
Espírito Santo
Núcleo de Fisioterapia
FONTE: HOSPITAL

O QUE É A GONARTROSE?

A Artrose do joelho, também designada por **Gonartrose**, caracteriza-se pela destruição progressiva da articulação devido ao desgaste resultante da idade, ou por traumatismos.

Como provoca dor intensa e limita a vida normal, é necessário substituir a articulação do joelho por uma prótese.

O QUE É A PROTESE TOTAL DO JOELHO?

A Prótese do joelho é uma estrutura de metal e plástico, que tem como função substituir a articulação danificada.

CUIDADOS A TER APÓS A CIRURGIA

Depois da cirurgia, pode ficar deitado de costas ou de lado, para o lado não operado, **mas sempre com a perna estendida.**

Vai começar a levantar-se no dia a seguir à operação, com a ajuda do Enfermeiro de Reabilitação ou do Fisioterapeuta e a dar os primeiros passos no 2º dia.

Precisa de trazer um **par de canadianas** para o hospital.

Depois de se levantar para a cadeira, pode e deve **dobrar o joelho, até conseguir**. Vamos colocar muito **GÉLO** para reduzir a dor e o inchaço.

É "proibido" colocar almofada debaixo do joelho operado!!!

VOLTAR A ANDAR...

A marcha é reensinada com ajuda de duas canadianas ou andador, orientada pelo Enfermeiro de Reabilitação ou Fisioterapeuta.

- 1 - Avançar as duas canadianas ao mesmo tempo, um pouco afastadas dos pés;
- 2 - Avançar com a perna operada, aliviando o peso do corpo nas canadianas;
- 3 - Por último, avançar a perna não operada até ao nível da outra.

18250

SUBIR E DESCER ESCADAS

SUBIR

- 1 - Subir com a perna boa;
- 2 - Depois as canadianas e a perna operada;

DESCER

- 1 - Pôr as canadianas no degrau de baixo;
- 2 - Desce a perna operada;
- 3 - Por fim, a perna boa.

ENTRAR E SAIR DO CARRO

- Colocar o banco da frente do carro para trás;
- Encostar as pernas ao assento e sentar;
- Rodar as pernas para dentro do carro;
- Os doentes só podem começar a conduzir 1 mês depois da cirurgia.

DEPOIS DA ALTA...

- Depois da Alta é muito importante continuar a fazer os exercícios que lhe ensinaram no hospital...
- Deve manter o gelo à volta do joelho...
- Manter a perna esticada quando estiver deitado.
- Deve dobrar a perna quando estiver sentado.
- Deve evitar picos acidentais...

Não deve carregar com pesos em excesso. Não deve apoiar-se **só** na perna operada. Não pode por almofada debaixo do joelho.


Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO C – Folheto de Cuidados a ter após a colocação da Prótese Total da Anca

CONSELHOS ÚTEIS


A SUA CASA DEVE ESTAR PREPARADA PARA RECEBÊ-LO

- Retire tapetes, móveis e objetos do seu caminho.
- Utilize cadeiras altas, macias, de preferência com braços.
- A sua cama não deve ser muito baixa, nem a sua sanita. Existem alçadores/elevadores de sanita, como viu no serviço.
- Existem cadeiras apropriada para banho.
- Pode usar equipamentos que auxiliam apanhar os objetos do chão, calçar sapatos, dentre outros.
- Para se levantar da cama:
Rode o seu corpo, colocando as pernas para fora da cama, mantendo o afastamento das pernas, e então levante-se sem dobrar o corpo para



Para se levantar de uma cadeira, tome os mesmos cuidados:


- Sentado na ponta da cadeira, com a perna operada esticada, pernas afastadas e pé alinhado com a perna.
- Levante-se sem dobrar o corpo para frente, descarregando o peso na perna não operada e nas mãos que seguram o braço da cadeira.



Hospital Espírito Santo E.P.E.

UNIDADE DE REABILITAÇÃO

CUIDADOS A TER APÓS A COLOCAÇÃO DA PROTESE TOTAL DA ANCA



SERVIÇO DE ORTOPEDIA

PISO 4

O QUE É A PROTESE TOTAL DA ANCA?

É a substituição de uma anca dolorosa por próteses de metal; ou polietileno de alta densidade, ou de cerâmica. Estes componentes fixam-se aos ossos, com ou sem cimento acrílico, igual ao dos dentistas, dependendo do caso.

APÓS A CIRURGIA?

Vai iniciar a sua reabilitação, fazendo exercícios de fortalecimento muscular e ganho de amplitude de movimento.

Colabore!

Estes exercícios devem ser realizados várias vezes ao dia.

É mais fácil recuperar o movimento da anca no início do tratamento!

Não perca tempo!


CUIDADOS A TER APÓS A CIRURGIA

NOS PRIMEIROS DIAS, NÃO SE LEVANTE DA CAMA SEM QUE ESTEJA ACOMPANHADO POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE


NÃO PODE
Abraçar o Pêi

- RODAR A PERNA OPERADA PARA DENTRO
- APROXIMAR A PERNA OPERADA DA OUTRA
- APROXIMAR O JOELHO DO PEITO ACIMA DE 90°

Não!









Sim



QUANDO SE DEITAR, DEVE:
COLOCAR UMA ALMOFADA TRIANGULAR ENTRE OS JOELHOS, QUE SERVIRÁ PARA MANTER AS PERNAS ESTICADAS E ABERTAS (SEPARADAS UMA DA OUTRA)


Faça exercícios

- Colocar os pés sobre um rolinho e lentamente puxar os pés para trás e para frente - 10x
- Dobrar e esticar o joelho, deslizando o pé na cama. -10x
- Encolha a barriga e os glúteos, tentando encaixar a anca -10x
- Perna estendida ao longo do corpo, pé alinhado, abrir a perna arrastando-a na cama e voltar. Não deixe a perna ou o pé rodar para dentro! -10x

Para subir Escadas

Para subir e descer escadas, estando sempre atento em subir colocando primeiro a perna não operada e descer colocando inicialmente a perna operada.



Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO D – Folheto de Exercícios a realizar no domicílio

Os exercícios com os membros superiores são fundamentais para melhorar a tolerância ao esforço durante a marcha.



Push-up

Apoie-se nos braços de uma cadeira com seus braços estendidos e levante o tronco, ajudando com as pernas conforme necessário. Mantenha por 5 segundos. Deixe seu corpo deslizar para baixo devagar, sem dobrar os cotovelos.



Elevação dos membros superiores com bastão

Sente-se e segure o bastão (ex. cabo da vassoura) com ambas os braços estendidos à sua frente. Eleve ambos os braços acima da cabeça, até sentir alongar bem. Mantenha por 5 segundos e baixe os braços lentamente.



Elevação dos membros superiores com pesos

Sente-se segurando um peso de meio quilo, na mão (costas da mão voltadas para cima). Levante o braço estendido tanto quanto puder. Retorne à posição inicial devagar. Posteriormente, tente levantar ambos os braços ao mesmo tempo e vá aumentando o peso.

Certifique-se junto do seu enfermeiro de reabilitação que pode realizar todos estes exercícios.

O exercício contribui para diminuir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida.

**Não se esqueça!
Os movimentos não voltam sozinhos.**

RE-03-02-0001-F100

Dona Virgínia
Ana Maria Rocha
Sílvia Almeida
Unidade de reabilitação do 7.º e 8.º andar do
Hospital de Santo Espírito
Rio de Janeiro

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EXERCÍCIOS PARA REALIZAR
EM CASA



SERVIÇO DE ORTOPEDIA
PISO 4

URL: file:///H:/Mestrado/Projeto%20de%20reabilitação%20Mestrado/mestrado%20pesquisas/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Sanatória%20Unidade%20Reabilitação

Os exercícios são fundamentais para o sucesso da cirurgia e para a recuperação da mobilidade.

A realização dos exercícios permite aliviar a dor e o inchaço, melhorar os movimentos e fortalecer os músculos.

Realize os exercícios 3 vezes por dia, repetindo cada um 10 vezes.
Respeite sempre o grau de dor. Não force em demasia as articulações.



Mobilização do pé e tornozelo

Deitado de costas com o membro inferior repousando sobre a cama, inicie movimentos ativos do pé e tornozelo. Faça a maior quantidade de movimento possível. Ajuda a reduzir a dor e a diminuir o edema (inchaço).



Elevação da perna estendida

De pé, estenda a perna operada. Eleve a perna 20 cm por 10 segundos e mantenha esta posição durante 5 segundos. Contribui para reforçar a musculatura da coxa. Progressivamente aumente a altura da perna e coloque peso no tornozelo.



Extensão do joelho

Deitado de costas com uma toalha dobrada debaixo do joelho (cerca de 20 cm), estenda o joelho apoiado pela toalha e mantenha a posição por 5 segundos. Voltar lentamente à posição inicial. Contribui para reforçar a musculatura da coxa. Progressivamente coloque peso no tornozelo.



Contração das nádegas

Deitado de costas com os joelhos flexionados contra as nádegas elevando levemente estas e as costas durante 5 segundos e relaxe. Após solte a musculatura e relaxe. Este exercício é fundamental para a recuperação da marcha.



Elevação da perna estendida para o lado
Abra a perna operada e mantenha a posição por 5 segundos e feche lentamente. Contribui para reforçar a musculatura da coxa.



Elevação da perna fletida

Levantar o joelho do lado operado até à cintura (nunca acima desta), aguentar 5 segundos, e levar lentamente o pé ao chão. Contribui para reforçar a musculatura da coxa.



Flexão parcial ativa do joelho (agachamento)

Apoiando-se numa estrutura fixa (ex.: pés da cama), flexione os joelhos e desça até o limite do desconforto. Não baixe mais de 90°. Mantenha as costas direitas. Mantenha a posição flexionada por 5 a 10 segundos e retorne à posição inicial. Este exercício favorece toda a musculatura dos membros inferiores.



Alongamento da musculatura da coxa em pé
De pé com o joelho dobrado, tentar tocar com o calcanhar na nádega. Mantenha a posição 5 segundos. Fortalece a musculatura da coxa e permite recuperar o movimento.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO E – Folheto de Informativo – Unidade de Convalescença Piso 4

AS INSTALAÇÕES



VISITAS

Um Cuidador(a) (indicado pelo doente)
 ► Das 09 às 22 horas.
 Visitantes (não deve exceder duas "2" pessoas em simultâneo)
 ► 17 às 19 horas.

A EQUIPA

Ana Luisa Salvador (Enfermeira)
 Ana Raquel Rocha (Enfermeira)
 Ana Soares (Fisioterapeuta)
 Andréia Moreira (Assist. Operacional)
 Andréia Gracina (Assist. Técnica)
 Bernardino Passos (Medicina Interna - Diretor de Serviço)
 Carla Godinho (Nutricionista)
 Carla Nogueira (Enfermeira)
 Conceição Patrício (Assist. Operacional)
 Cristina Palma (Assist. Operacional)
 Elsa Pires (Enfermeira Especialista)
 Ester Morvath (Enfermeira)
 Fernando Gordicho (Assist. Operacional)
 Fernanda Rosa (Assist. Operacional)
 Helena Azeiteiro (Assistente Social)
 Helena Castanheira (Enfermeira)
 Joana Santos (Terapeuta da Fala)
 Liliana Querino (Enfermeira)
 Lúcia Rodrigues (Enfermeira Especialista)
 Maria de Luz Curvo (Assist. Operacional)
 Mariana Fentes (Enfermeira)
 Natércia Silva (Assist. Operacional)
 Nélia Monteiro (Enfermeira)
 Paula Almeida (Enfermeira)
 Paula Lúcia (Enfermeira)
 Paula Sotinho (Assist. Operacional)
 Rita Friere (Terapeuta Ocupacional)
 Rui Póras (Enfermeiro)
 Sandra Claro (Fisioter.)
 Sara Barata (Psicóloga)
 Sílvia Mota (Fisioterapeuta)
 Sílvia Santos (Assistente Operacional)
 Sofia Braga (Enfermeira Responsável)
 Teresa Santos (Enfermeira)

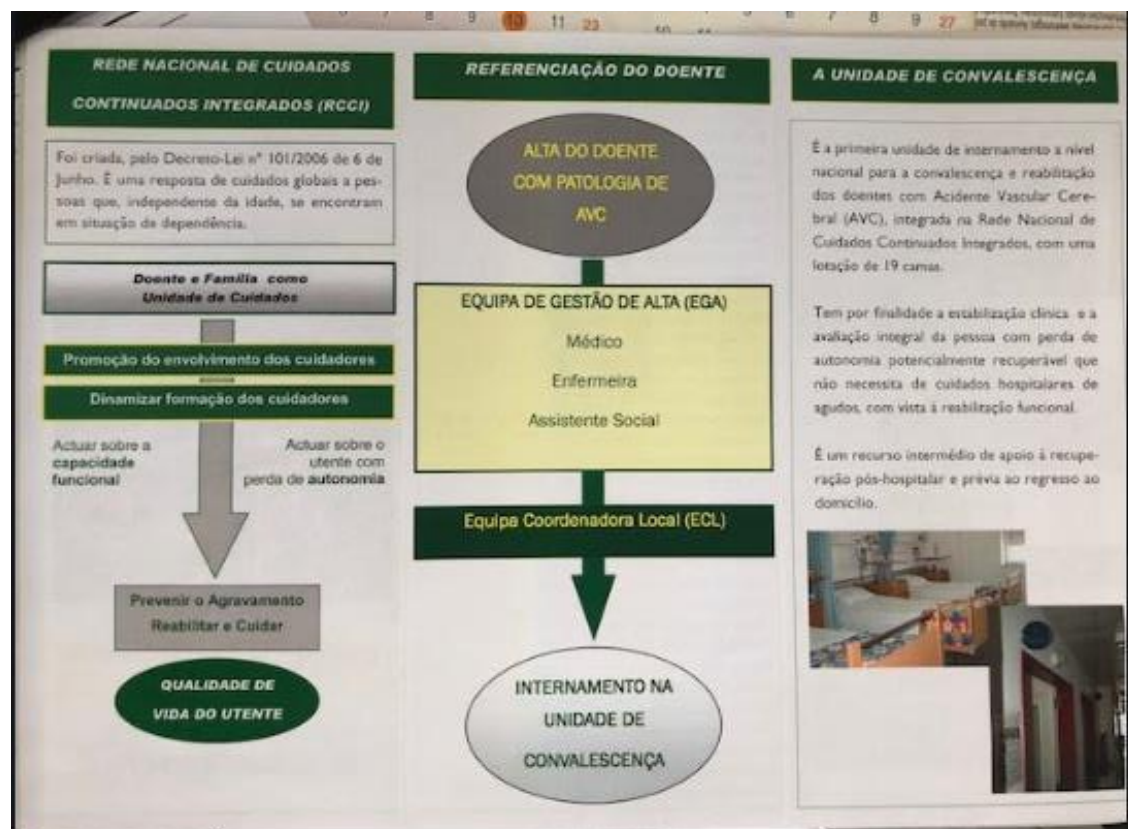


Folheto Informativo




Unidade de Convalescença Piso 4





Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.


ANEXO F – Folheto de Regulamento – Unidade de Convalescença para Reabilitação de Doentes com Acidentes Vasculares Cerebrais

REGULAMENTO INTERNO	UNIDADE DE CONVALESCENÇA	REGULAMENTO INTERNO
<p>Capítulo 1 Da Missão, Visão e Objectivos</p> <p>Artigo 1º (Missão)</p> <p>A Unidade de Convalescência do HSE E.P.E., tem como missão dedicar-se significativamente à reabilitação de pessoas atingidas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e patologias similares que, embora não sendo indicação para internamento hospitalar em situação aguda, carecem de apoio personalizado, global, multidisciplinar e intensivo que o meio hospitalar onde se encontra integrada disponibiliza.</p> <p>Artigo 2º (Visão)</p> <p>Unidade de Convalescência do Hospital do Espírito Santo E.P.E. Esmor, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é uma unidade de atendimento, integrada no Hospital, articulada com esta, disponibilizando uma equipa de cuidados, visando contribuir para a melhoria do cidadão em perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados clínicos e humanísticos adequados, os quais promovem a reabilitação, a reeducação e a reintegração social.</p> <p>Assistência de cuidados requer o cumprimento das regras profissionais, éticas e ético-deontológicas aplicáveis, independentemente do contexto prestação de cuidados e da relação jurídica existente.</p> <p>Capítulo 2 Da Direcção e do Quadro de Pessoal</p> <p>Artigo 4º (Composição e nomeação da Direcção e Quadro de Pessoal)</p> <p>O quadro de pessoal é constituído por um Director e uma Enfermeira chefes/Coordenadora, Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos, nomeados pelo Conselho de Administração, sob proposta do Director da Unidade com vista à constituição de uma equipa interdisciplinar.</p> <p>A constituição da equipa deve incluir, para as seguintes 19 funções, com uma a três pessoas, de acordo com o HSE: 1) Médica em tempo parcial, abrangendo as áreas de especialidades de Medicina Interna, Neurologia e Fisiatria; 17 enfermeiros, incluindo no mínimo 2 especialistas em Enfermagem de Reabilitação; 1 Assistente Social; 2 Fisioterapeutas; 1 Terapeuta da Fala e 1 Terapeuta Ocupacional (no mínimo); 1 Neuropsicólogo em tempo parcial; Assistentes Operacionais; 1 Assistente Técnico.</p> <p>(...)</p>	<p>Capítulo 5 Artigo 28º (Condições e procedimentos de admissão, mobilidade e alta dos doentes)</p> <p>1. As condições e procedimentos a cumprir pela Unidade são os definidos pelo RNCIC.</p> <p>2. Referenciado o doente, deve ser confirmado o consentimento informado sobre de se consumir a adesão, de forma a garantir o amplo esclarecimento do próprio e dos seus cuidadores.</p> <p>3. O internamento de um doente fora da Unidade de Convalescência implica sempre o retorno do sigo, por um período de sete dias, sendo o qual é devida ao doente.</p> <p>4. O doente, no momento da alta, terá sempre acompanhado de toda a informação relevante, nomeadamente em relação à observação pela equipa multidisciplinar da unidade, tendo acesso toda a informação inerente ao utente.</p> <p>Capítulo 6 Direitos e deveres dos doentes, dos seus cuidadores informais e dos representantes legais</p> <p>Artigo 21º (Deveres dos Doentes)</p> <p>1. No momento da admissão da Unidade, o doente informado, e o doente e dos seus representantes, devem adquirir suficiente conhecimento sobre a sua responsabilidade no processo de reabilitação, bem como o que o seu internamento nesta Unidade não tem justificação.</p> <p>2. O doente, os seus familiares/cuidadores e amigos devem respeitar as regras da Unidade, constituindo a sua infração repetida motivo suficiente para justificar a alta da Unidade.</p> <p>3. A entrada, e a saída do doente o que de conhecimento da Unidade e a informação sobre a assistência do Regulamento Interno e do livro de reclamações.</p>	<p>Artigo 22º (Direitos dos Doentes)</p> <p>1. A todo o momento, o doente tem direito a toda a informação sobre a sua situação clínica;</p> <p>2. O doente tem direito a cuidados clínicos, de reabilitação, de prevenção e de apoio psicológico adequados;</p> <p>3. O doente tem direito a uma alimentação adequada ao seu estado de saúde, incluindo dietas especiais, em caso de prescrição médica;</p> <p>4. O doente tem direito a liberdade social, promovendo o bem-estar, relacionamento e respeito pela sua vontade e liberdade sobre os doentes e doentes com os seus familiares/cuidadores e amigos, bem como com os profissionais da Unidade;</p> <p>5. O doente tem direito a participação, sempre que possível, das famílias, representantes ou representantes legais no apoio ao doente, desde que este apoio contribua para o maior bem-estar e equilíbrio psicológico do doente;</p> <p>6. O doente tem direito a um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de economia;</p> <p>7. O doente pode permanecer na Unidade das 9.00 horas às 22.00 horas. A esta de outros familiares/cuidadores e amigos realiza-se em dois períodos das 17 às 19 horas. Poderá ser permitido a sua entrada desde que traga benefícios para o doente e desde que devidamente autorizada por um membro da equipa;</p> <p>8. É facultada assistência religiosa e espiritual, por membros de qualquer culto religioso ou representantes de espiritualidade, desde que solicitado pelo doente ou, na impossibilidade deste, a pedido dos seus familiares/cuidadores ou representante legal.</p>  <p>COLABORE CONNOSCO!</p>

SOLICITA-SE AO UTENTE QUE:	REGULAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> Respeite as regras de funcionamento da Unidade; Colabore com os profissionais da Unidade; Não se auto-medique; Faça uma utilização cuidadosa do telemóvel; Evite acumular alimentos na mesa de cabeceira; Estime os bens do Serviço; Traga roupa própria e confortável (ex. fato de treino), de modo a facilitar os tratamentos de reabilitação. A roupa deve vir identificada; Use calçado prático e confortável, (ex. Ténis); Preencha, por favor, o questionário de avaliação do grau de satisfação e coloque-o na caixa de sugestões no hall à entrada. 	<p>UNIDADE DE CONVALESCENÇA Saúde e Apoio Social</p> <p>Regulamento</p>  <p>Unidade de Convalescência para Reabilitação de Doentes com Acidentes Vasculares Cerebrais</p> <p>Hospital do Espírito Santo E.P.E.</p>
<p>INFORMAÇÕES TELEFÓNICAS</p> <p>266 740 100 — Extensão 1347</p> <p>Diariamente 9h às 21 horas</p> <p>Só se dão informações telefónicas ao cuidador</p>	

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO G – Folheto – Guia do Utente – Unidade de Convalescença Piso 4

UNIDADE DE CONVALESCENÇA	A UNIDADE DISPONIBILIZA	PAPEL DO CUIDADOR
<p>É a primeira unidade de internamento a nível nacional para a reabilitação dos doentes com AVC, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com uma lotação de 19 camas.</p> <p>O período de internamento mensal não pode ser superior a 30 dias.</p> <p>Tem por finalidade a estabilização clínica, funcional, avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.</p> <p>É um recurso intermédio de apoio à recuperação pós-hospitalar e prévia ao regresso ao domicílio.</p> <p>São promovidas actividades em datas comemorativas, considerando sempre a vontade do utente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quartos duplos e triplos; • Ginásio; • Sala de Convívio; • Equipamentos modernos e instalações adaptadas às necessidades do Utente; • Apoio Religioso, qualquer que seja sua crença; • Dispõe de computadores e acesso à internet; • Gabinete do Utente - tratamento das reclamações e sugestões conforme legislação em vigor; • Cabeleireiro / Barbeiro; • Meios de Comunicação de e para o exterior. 	<p>O cuidador é um elemento fundamental facilitador da reabilitação, devendo ter um papel activo neste processo. Juntamente com a equipa multidisciplinar, poderá contribuir para a recuperação funcional do seu familiar, bem como o planeamento da alta clínica.</p> <p>O cuidador participará nas sessões terapêuticas com os diferentes profissionais, de forma a compreender as principais dificuldades bem como o potencial de recuperação do seu familiar.</p> <p>Assim, o cuidador adquire competências, garantindo o bem estar do utente, mas não substituindo nas AVD.</p> <p>Deve ser dada apenas a ajuda necessária, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deixar executar sozinho as tarefas, mesmo que demore mais tempo; • Encorajá-lo sem lhe exigir demasiado; • É necessário ser firme, mas compreensivo e nunca se mostrar impaciente e zangado; • Nas refeições: orientar, fraccionar os alimentos... • Na higiene (banho no chuveiro ou banheira, higiene oral, cortar as unhas, fazer a barba...); • No treino do vestuário; • Nas transferências e treino de marcha; • Acompanhar os seus familiares a consultas e exames complementares de diagnóstico; • Identificar as barreiras arquitectónicas existentes no domicílio. <p>COLABORE CONNOSCO!</p>

SOLICITA-SE AO UTENTE QUE:	Refeições	Horário:	Qualquer dúvida deve ser esclarecida JUNTO DO PESSOAL DA UNIDADE.	VISITAS	INFORMAÇÕES TELEFÓNICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Respeite as regras de funcionamento da Unidade; • Colabore com os profissionais da Unidade; • Não se auto-medique; • Faça uma utilização cuidadosa do telemóvel; • Evite acumular alimentos na mesa de cabeceira; • Estime os bens do Serviço; • Traga roupa própria e confortável (ex. fato de treino), de modo a facilitar os tratamentos de reabilitação. A roupa deve vir identificada. • Use calçado prático e confortável, (ex. Ténis); • Preencha, por favor, o questionário de avaliação do grau de satisfação e coloque-o na caixa de sugestões no hall à entrada. 	 <p>Diariamente, durante a sua estadia, serão servidas as refeições, que poderá escolher junto do Assistente Operacional.</p>	<p>Pequeno almoço — 9 horas Almoço — 13 horas Lanche — 16 horas Jantar — 19 horas Ceia — 22 horas</p>	<p>Um Cuidador/a (indicado pelo utente)</p> <p>► Das 09 às 22 horas.</p> <p>Visitantes</p> <p>(não deve exceder 2 pessoas em simultâneo)</p> <p>► 17 às 19 horas.</p>	<p>Guia do Utente</p>  <p>Unidade de Convalescência Piso 4</p>	<p>266 740 100 — Extensão 1347 Diariamente ► 9 às 21 horas - Só se dão informações telefónicas ao cuidador</p>



Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO H – Folheto Informativo – Prótese da Anca

A anca é a articulação entre os ossos da bacia (acetábulo) e o osso da coxa (fêmur).

As articulações são compostas por várias estruturas, revestidas por cartilagem, que se desgastam, provocando dores e deformação óssea – artrose.

Geralmente, o principal motivo para a colocação de próteses são as artroses.

A prótese é constituída por duas partes: uma que encaixa na concavidade da bacia e outra que vai substituir a extremidade do fêmur.



Anca com artrose Prótese da anca

Posição Deitado

- Deitado de costas com as pernas afastadas.
- Nas primeiras seis semanas utilizar sempre uma almofada entre as pernas.
- Quinze dias após a operação, pode deitar-se para o lado não operado colocando uma almofada entre as pernas.
- Seis semanas depois, se não tiver dores, pode deitar para o lado operado (se autorizado pelo médico).



Atividades a Evitar

Para não luxar a prótese, durante cerca de três meses enquanto os músculos não têm a sua força normal, deve evitar alguns movimentos, tais como:

- Cruzar as pernas;
- Sentar em sofás ou cadeiras baixas;
- Ter a bacia mais baixa que o joelho, apanhar objetos do chão com as pernas juntas;
- Calçar meias ou cortar as unhas sem ajuda;
- Conduzir automóveis ou fazer viagens longas.




Subir e Descer Escadas

Lentamente sempre que a perna operada nunca faz força dobrada, mantenha-a direita.

Subir

- Primeiro a perna não operada;
- Depois a perna operada;
- Por fim a canadiena.



Descer

- Primeiro a canadiena;
- Depois a perna operada;
- Por fim a perna não operada.



Apanhar objetos do chão

- Apoie a mão do lado operado a um móvel firme;
- Transfira o seu peso para a perna não operada;
- Dobre o corpo para a frente e levante a perna operada para trás.



Trabalho realizado por:
 Est.ª Luísa Mendes
 Est.ª Luísa Rodrigues
 Est.ª Sofia Braga
 Aluna de Enfermagem Círculo Saúde

Hospital Espirito Santo E.P.E.
 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
 UNIVERSIDADE DE LISBOA

CUIDADOS CONTINUADOS
 Saúde e Apoio Social

Folheto Informativo
 Prótese da Anca



Hospital Espirito Santo E.P.E.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

ANEXO I – Instrumento de avaliação “Questionários I e II” e Consentimento Informado

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM



INSTITUTO DE SAÚDE



ES



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
2º ANO 1º SEMESTRE TURMA 1
SETEMBRO 2016- JANEIRO 2017

DIAGNÓSTICO DO UTENTE: _____

Questionário I – Doentes com limitações na realização dos cuidados de higiene, relacionado com o seu diagnóstico clínico, internados na Unidade de Convalescença e Ortopedia

Parte I

Caracterização do estado de saúde do doente (Respostas de Sim/Não)

- 1- Desde a entrada neste serviço sente-se melhor?
- 2- Sente mais força nos braços e/ou pernas agora do que quando entrou para o internamento?
- 3- Tem dor?
 - a. Se sim, em que parte do corpo sente dor.
- 4- Deambula com auxílio de marcha (canadianas; andarilho; cadeira de rodas)?
 - a. Se sim, diga qual.

Parte II

Caracterização da recuperação do doente no internamento (Respostas de Sim/Não)

- 1- Consegue ir sozinho até a casa de banho?
- 2- Consegue lavar e secar o cabelo, a cara, o peito e os braços sozinho?
- 3- Consegue lavar e secar as pernas sozinho?
- 4- Consegue lavar e secar os pés sozinho?
- 5- Consegue lavar a boca sozinho?
- 6- Consegue pentear-se sozinho?

Parte III

Avaliação das idas do doente a casa aos fins-de-semana ou na alta (Respostas de Sim/Não)

Só deverá ser preenchido por utentes que foram a casa durante o internamento.

- 1- Em casa, a casa de banho está adaptada para realizar a sua higiene pessoal?
- 2- O seu cuidador teve que ajudar na realização dos cuidados de higiene?
- 3- Sentiu mais dificuldade na realização dos cuidados de higiene na sua casa do que no internamento?
- 4- Sente que sobrecarrega (que dá trabalho) ao seu cuidador?

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



ESSE
Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus



ESSE
Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus



IPS
Instituto Politécnico de Saúde



ESSE
Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
2º ANO 1º SEMESTRE TURMA 1
SETEMBRO 2016- JANEIRO 2017

Questionário II – Cuidadores Informais dos doentes com limitações na realização dos cuidados de higiene, relacionado com o seu diagnóstico clínico internados, na Unidade de Convalescença e Ortopedia

Parte I

Caracterização socioeconómica

- 1- Qual é a sua escolaridade?
- 2- Quantas pessoas moram consigo?
- 3- Qual o principal meio de transporte que você utiliza?
- 4- Qual é a sua situação profissional?
- 5- Tem dependentes a seu cargo? SIM / NÃO
 - a. Sem sim, diga que tipo de dependência e quantas pessoas.

Parte II

**Caracterização da participação do cuidador informal nas sessões terapêuticas
(Respostas de Sim/Não)**

- 1- Participou no internamento, na realização dos cuidados de higiene do doente?
- 2- Os ensinamentos que lhe foram feitos, sobre a higiene, foram úteis?
- 3- Conseguiu esclarecer todas as dúvidas sobre os cuidados de higiene?
- 4- Foram suficientes, o número de vezes que foi ao internamento para treino da higiene do seu familiar?
- 5- A interação entre si e o seu familiar, na realização dos cuidados de higiene melhorou?
- 6- As estratégias adaptativas que são utilizadas no internamento foram úteis para a realização em casa?

Parte III

Avaliação da minimização da sobrecarga do cuidador informal, nas idas a casa, aos fins-de-semana, do familiar. Só deverá ser preenchido por cuidadores de doentes que foram a casa durante o internamento. (Respostas de Sim/Não)

- 1- Sente-se mais cansado com a ida do seu familiar a casa?
- 2- Foi necessário colaborar na realização da higiene pessoal do seu familiar em casa?
- 3- Sente que o seu familiar está mais autónomo na realização dos cuidados de higiene?
- 4- Acha que o trabalho que foi feito com o seu familiar o aliviou fisicamente a si?
- 5- Considera que assim tomar conta do seu familiar é física e psicologicamente mais fácil?

Estimado utente/cuidador informal:

Sou enfermeira e exerço funções no serviço de Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora.

O presente formulário insere-se no âmbito da aplicação de um Questionário, de um Projeto de intervenção, sobre *"Verificar a eficácia dos protocolos de Reabilitação relacionados com a Capacitação do autocuidado higiene, na pessoa com compromisso da mobilidade, que como consequência reduz a sobrecarga do cuidador informal."* a realizar no âmbito do Estágio Final, Mestrado em Enfermagem em Associação, da Universidade de Évora (UE) e das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, no ramo de Enfermagem de Reabilitação, no ano letivo 2017/2018.

Na atualidade, é necessário recorrer a este tipo de instrumentos de avaliação em Enfermagem para fazer uma análise crítica e reflexiva e, deste modo, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

Neste sentido, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O mesmo será anónimo e confidencial, os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro senhor(a)

No âmbito do Estágio Final, Mestrado em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, estou a realizar um projeto de intervenção com o tema, *Capacitação do autocuidado higiene, na pessoa com compromisso da mobilidade, que como consequência reduz a sobrecarga do cuidador informal*, cujo objetivo principal é *Verificar a eficácia dos protocolos de Reabilitação, no internamento*.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Assim:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. - Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. - Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo. - Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade. - Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Capacitação do autocuidado higiene, no doente com compromisso da mobilidade.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste projeto de intervenção.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante (facultativa)

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

O cuidador tem a missão de **ajudar** as pessoas a criarem uma maneira de **viver com sentido** para elas e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção. Podendo mesmo considerar-se o **cuidador** a um **artista**. Podemos considerá-lo como um artista de cuidados que face a cada situação humana, tentará criar os cuidados adequados. (Hesbeen, 2001)

Reabilitar torna-se assim um **processo único e pessoal** que só tem término quando considerar que a pessoa se tornou **o mais autónoma possível** tendo em conta o meio que a rodeia. (Encarnado, 2018)